



Sub redacția

GEORGETA TĂRĂBUTĂ-CORDUN

TUMORI BENIGNE ȘI MALIGNE

20

JUNIMEA · 1979



sub redacția

GEORGETA TĂRĂBUȚĂ-CORDUN

AUTORI:

BALAN RODICA

Medic primar anatomo patalog

Doctor în Științe Medicale

BÂRSU MARINA ȘTEFANA

Medic principal de specialitate

Asistent Catedra de Histologie, I.M.F. Iași

BENDESCU MIOARA

Medic principal de specialitate

CALINCA NARCISA

Medic principal de specialitate

Asistent Catedra de Obstetrică și Ginecologie, I.M.F. Iași

DOBRESCU GIOCONDA

Medic primar anatomo patalog

Doctor Docent în Științe Medicale

Profesor Catedra de Histologie, I.M.F. Iași

TĂRĂBUȚĂ CORDUN GEORGETA

Medic primar anatomo patalog

Doctor Docent în Științe Medicale

TUMORI BENIGNE ȘI MALIGNE

VOLUMUL I

 — 20

EDITURA JUNIMEA

IAȘI • 1979

CUPRINS

Vol. I

Notă	9
I—II	
Tumorile tubului digestiv, esofag, stomac, intestin subțire, intestin gros, anus)	11
<i>Balan Rodica</i>	
III—V	
Tumorile glandelor anexe ale tubului digestiv și ale căilor biliare extrahepatice (pancreas, vezicula biliară, căi biliare extrahepatice)	57
<i>Balan Rodica</i>	
VI	
Tumorile glandelor anexe ale tubului digestiv (tumorile ficatului)	76
<i>Bendescu Mioara</i>	
VII—XI	
Tumorile aparatului urinar (rinichi și căi excretorii)	102
<i>Tărăbuță Cordun Georgeta</i>	
XII—XIII	
Tumorile aparatului circulator (cord, pericard, vase)	175
<i>Bârsu Marina Ștefana</i>	
XIV—XV	
Tumorile aparatului respirator (pulmon, pleură)	217
<i>Bârsu Marina Ștefana</i>	
XVI—XVII	
Tumorile osului și ale sinovialei	267
<i>Tărăbuță Cordun Georgeta</i>	

CUPRINS

VOLUMUL II (în curs de apariție)

XVIII—XX

Tumorile aparatului genital masculin (testicol, vezicule seminale, cordon spermatic, epididim; penis, prostată, scrot)

Tărăbuță Cordon Georgeta

XXI—XXIV

Tumorile aparatului genital feminin (vulvă, vagin, col și corp uterin, placentă)

Bendescu Mioara

XXV—XXVI

Tumorile aparatului genital feminin (salpinge, ovar)

Calinca Narcisa

XXVII

Tumorile glandei mamare

Dobrescu Gioconda

XXVIII

Tumorile glandelor cu secreție internă:—

A. — hipofiză

Calinca Narcisa

B. — paratiroide

Bendescu Mioara

C. — suprarenală

Bendescu Mioara

D. — tiroidă

Dobrescu Gioconda

E. — timus

Balan Rodica

F. — celulele endocrine ale mucoaselor digestive și tumorile lor

Balan Rodica

G. — sistemul celular endocrin difuz APUD și tumorile APUD (apudoame)

Tărăbuță Cordon Georgeta

CONTENU

Tome I

Note	9
I—II.	
Les tumeurs de l'appareil digestif tubulaire (oesophage, intestin grêle, côlon, anus)	11
BALAN RODICA	
III—V.	
Les tumeurs des glandes annexes du tube digestif et des voies biliaires extrahépatiques (pancréas, vésicule biliaire, voies biliaires extra-hépatiques)	57
BALAN RODICA	
VI.	
Les tumeurs des glandes annexes du tube digestif (tumeurs du foie)	76
BENDESCU MIOARA	
VII—XI.	
Les tumeurs de l'appareil urinaire (rein et voies excrétoires)	102
TĂRĂBUTĂ CORDUN GEORGETA	
XII—XIII.	
Les tumeurs de l'appareil cardio-vasculaire (coeur, péricard, vaisseaux)	175
BÂRSU MARINA ȘTEFANA	
XIV—XV.	
Les tumeurs de l'appareil respiratoire (poumon, plèvre)	217
BÂRSU MARINA ȘTEFANA	
XVI—XVII.	
Les tumeurs de l'os et de la synovie	267
TĂRĂBUTĂ CORDUN GEORGETA	

CONTENU

Tome II (EN COURS D'APPARITION)

XVIII—XX.

Les tumeurs de l'appareil génital masculin (testicule, vésicules séminales, cordon spermatique, epididyme, verge, prostate).

TĂRĂBUȚĂ CORDUN GEORGETA

XXI—XXIV.

Les tumeurs de l'appareil génital féminin (vulve, vagin, col et corps utérin, placenta)

BENDESCU MIOARA

XXV—XXVI.

Les tumeurs de l'appareil génital féminin (trompe, ovaire)

CALINCA NARCISA

XXVII

Les tumeurs de la glande mammaire

DOBRESCU GIOCONDA

XXVIII.

Les tumeurs des glandes endocrines :

A. — Hypophyse

CALINCA NARCISA

B. — Parathyroïdes

BENDESCU MIOARA

C. — Surrénales

BENDESCU MIOARA

D. — Thyroïde

DOBRESCU GIOCONDA

E. — Thymus

BALAN RODICA

F. — Les cellules endocrines des muqueuses digestives et leurs tumeurs

BALAN RODICA

G. — Le système cellulaire endocrine diffuse
APUD et les tumeurs APUD

TĂRĂBUȚĂ CORDUN GEORGETA

N O T Ă

Volumul „Tumori benigne și maligne” se încadrează în seria lucrărilor de documentare profesională a medicilor de toate specialitățile și, în special, a morfopatologilor.

În acest spirit, pe lângă datele morfologice de macro și microscopie, lucrarea aduce și unele succinte date de clinică. Autorii insistă însă asupra aspectului morfologic al tumorilor, atât prin textul mai detaliat, cât și prin iconografie, prin care au căutat să surprindă cât mai multe aspecte microscopice ale aceleiași tumori. Pentru fiecare formă tumorală sînt prezentate date clasice și, acolo unde a fost posibil, date de ultimă oră, astfel ca specialistul să aibă în față un ansamblu de informații cit mai complet.

Materialul este grupat în 2 volume. La începutul fiecărui capitol se află clasificarea (tipizarea) O.M.S., acolo unde aceasta a fost primită pînă la data depunerii manuscrisului sau a fost introdusă o sistematizare personală, realizată prin coroborarea clasificărilor existente. A fost inserată și clasificarea T.N.M., pentru a veni în sprijinul clinicienilor. Formele tumorale comune pentru mai multe aparate sau organe, cu același aspect histologic în diversele localizări (fibrom, lipom, miom) sînt detaliate numai la capitolele unde ele sînt mai frecvente, pentru a evita repetiția. Ele sînt însă notate în toate localizările lor, pentru ca cititorul să fie informat asupra existenței și consecințelor prezenței la nivelul respectiv.

Iconografia lucrării este executată după materialul biptic și necroptic al laboratoarelor de anatomie patologică și prosecutură de la spitalele clinice nr. 2, nr. 1 și de la maternitatea

Cuza-Vodă din Iași. Iconografia se află la sfârșitul capitolelor din motive de tehnică editorială. În subsolul unor pagini sînt notate articolele după care s-au condus autorii în unele probleme de documentare, iar la sfârșitul volumului, sînt notate tratatele consultate.

Nădăjduim ca această carte să îplinească dorința multor anatomo-patologi și clinicieni de a avea pe masa lor de lucru un volum care să-i ajute în rezolvarea problemelor morfoclinice de fiecare zi.

Autorii

(Esofag,

Union

Regiuni

1. Esofag cerv
2. Esofag intr
3. Partea dist

T. TUMORA PI

- T₁. Tumoră lim
- T₂. Tumoră lim
- T₃. Tumoră se

N. ADENOPAT

ESOFAGUL

Adenopatia re

- N₀. Absența a
- N₁. Adenopati
- N₂. Adenopati
- N₃. Adenopati

ESOFAGUL

Pentru că est
intra-abdomina
după datele hi

I-II

TUMORILE TUBULUI DIGESTIV

(Esofag, stomac, intestin subțire, intestin gros, anus)

BALAN RODICA

CLASIFICAREA STADIALĂ CLINICĂ

Union Internationale contre le Cancer – Geneva – 1967-1971

A. ESOFAG

Regiuni:

1. Esofag cervical ($1/3$ superioară).
2. Esofag intratoracic ($1/3$ mijlocie) cu excepția:
3. Partea distală a esofagului cuprinzând segmentul abdominal ($1/3$ inferioară).

NOTĂ: tumora ține de regiunea căreia aparține cea mai mare parte din masa sa.

T. TUMORA PRIMITIVĂ

- T₁. Tumoră limitată la o regiune, fără alterarea peristaltismului sau a mobilității organului.
- T₂. Tumoră limitată la o regiune, cu alterarea peristaltismului sau mobilitatea organului.
- T₃. Tumora se întinde la mai mult de o regiune sau la structuri vecine.

N. ADENOPATIE REGIONALĂ

ESOFAGUL CERVICAL

Adenopatia regională înglobează ganglionii cervicali.

- N₀. Absența adenopatiei cervicale perceptibile.
- N₁. Adenopatie cervicală homolaterală mobilă.
- N₂. Adenopatie cervicală bilaterală sau contralaterală mobilă.
- N₃. Adenopatie cervicală fixă.

ESOFAGUL INTRATORACIC ȘI DISTAL

Pentru că este imposibilă aprecierea adenopatiei intratoracice și a celei intra-abdominale, se întrebuintează simbolul N_x, cu permisiunea de a adăuga după datele histologice: N_x – sau N_x+



M. METASTAZE LA DISTANȚĂ**M₀.** Fără semnele clinice de metastază la distanță.**M₁.** Prezența metastazelor la distanță.**B. STOMAC****Regiuni:**

1. Regiunea proximală (regiunea cardiei).
2. Regiunea mijlocie (corpul stomacului).
3. Regiunea distală (antrul pilorului).

NOTĂ: Tumora ține de regiunea căreia aparține cea mai mare parte din masa sa.

T. TUMORA PRIMITIVĂ**T₁.** Tumora nu ocupă mai mult de $\frac{1}{2}$ dintr-o regiune.**T₂.** Tumora ocupă mai mult de $\frac{1}{2}$ dintr-o regiune dar nu mai mult de o regiune.**T₃.** Tumora ocupă mai mult de o regiune.**N. ADENOPATIE REGIONALĂ**

Deoarece este imposibil de a aprecia adenopatia intra-abdominală, se întrebuintează simbolul **N_x**, cu permisiunea de a se adăuga după datele histologice: **N_x -** sau **N_x +**.

M. METASTAZE LA DISTANȚĂ**M₀.** Absența semnelor clinice de metastaze la distanță.**M₁.** Prezența metastazelor la distanță.**EXTENSIE HISTOLOGICĂ**

- P₁.** Carcinom infiltrând numai mucoasa gastrică.
- P₂.** Carcinom infiltrând submucoasa, dar nu tunica musculară.
- P₃.** Carcinom infiltrând tunica musculară sau cuprinzând subseroasa.
- P₄.** Carcinom infiltrând seroasa sau depășind-o.

C. COLONUL**Regiuni:**

1. Colonul drept, cuprinzând cecul, apendicele, colonul ascendent și unghiul drept.
2. Colonul transvers, fără cele două unghiuri.
3. Colonul stâng, cuprinzând unghiul stâng și colonul descendent până la marginea iliacă.
4. Colonul sigmoid (colonul iliopelvin) cuprinzând joncțiunea pelvirectală.

NOTĂ: Tumora aparține de regiunea în care se găsește cea mai mare parte din masa sa.

T. TUMORA PRIMITIVĂ

T. Se admite că actualmente nu poate fi apreciată.

N. ADENOPATIA REGIONALĂ

Deoarece este imposibil de apreciat adenopatia intra-abdominală, se întrebuințează simbolul N_x cu permisiunea de a se adăuga după datele histologice $N_x -$ sau $N_x +$.

M. METASTAZE LA DISTANȚĂ

M_0 . Fără semne clinice de metastaze la distanță.

M_1 . Prezența metastazelor la distanță.

EXTINDERE HISTOLOGICĂ

P_1 . Carcinom infiltrând numai mucoasa colonului.

P_2 . Carcinom infiltrând submucoasa, dar nu tunica musculară.

P_3 . Carcinom infiltrând tunica musculară sau întinzându-se la subseroasă.

P_4 . Carcinom infiltrând seroasa sau depășind-o.

D. RECT**Regiuni:**

1. Rectul de deasupra repliului peritoneal.

2. Rectul de sub repliul peritoneal.

NOTĂ: Tumora este afectată regiunii în care se întinde majoritatea masei sale.

T. TUMORA PRIMITIVĂ

T_1 . Tumora ocupă o treime, sau mai puțin din lungimea sa, din circumferința rectului și nu infiltrază tunica musculară.

T_2 . Tumora ocupă mai mult de o treime, dar nu mai mult de jumătate din lungimea sau din circumferința rectului, sau infiltrază tunica musculară dar nu antrenează fixarea rectului.

T_3 . Tumora ocupă mai mult de jumătate din lungimea sau din circumferința rectului sau antrenează fixarea rectului, dar nu infiltrază structurile vecine.

T_4 . Tumora infiltrază structurile vecine.

N. ADENOPATIE REGIONALĂ

Deoarece este imposibil de a aprecia adenopatia intra-abdominală, se întrebuințează simbolul N_x adăugându-se după datele histologice $N_x -$ sau $N_x +$.

M. METASTAZE LA DISTANȚĂ

M_0 . Fără semne clinice de metastaze la distanță.

M_1 . Prezența metastazelor la distanță.

EXTINDERE HISTOLOGICĂ (determinată la operație)

- P₁. Carcinom infiltrând numai mucoasa rectală.
- P₂. Carcinom infiltrând submucoasa dar nu tunica musculară.
- P₃. Carcinom infiltrând tunica musculară sau infiltrând subseroasa.
- P₄. Carcinom infiltrând seroasa sau depășind-o.

E. CANALUL ANO-RECTAL

T. TUMORA PRIMARĂ

- T₁. Tumora ocupă nu mai mult de $\frac{1}{3}$ din circumferința sau lungimea canalului anal, dar nu infiltrază sfincterul muscular extern.
- T₂. Tumora ocupă mai mult de $\frac{1}{3}$ din lungimea sau din circumferința canalului anal, sau infiltrază sfincterul muscular extern.
- T₃. Tumora se extinde la rect sau la piele, dar nu la alte structuri vecine.
- T₄. Tumora se extinde la structurile vecine.
 - T_{4a} .la vagin și/sau la vulvă.
 - T_{4b} .la alte structuri.

N. ADENOPATIE REGIONALĂ

Adenopatia regională este adenopatia intra-abdominală subdiafragmatică. Deoarece este imposibil de apreciat adenopatia intra-abdominală, se întrebuințează simbolul N_x, cu permisiunea de a se adăuga, după investigațiile histologice : N_x - sau N_x+. Dacă se uzează de limfografie, se poate nota : N₀(L). Fără deformarea ganglionilor regionali.

N₁(L). Ganglionii regionali deformați.

Dacă ganglionii regionali sînt ficși și palpabili în abdomen, se întrebuințează simbolul N₂.

M. METASTAZE LA DISTANȚĂ

M₀. Fără metastaze la distanță evidente.

M₁. Metastaze la distanță prezente.

F. ORIFICIUL ANAL

T. TUMORA PRIMARĂ

- T₀. Tumora primară nu este prezentă.
- T_{1s} Carcinom preinvaziv, așa numitul „carcinom in situ”.
- T₁. Tumoră de 2 cm sau mai puțin pe diametrul cel mai mare, strict superficială sau exofitică.
- T₂. Tumoră mai mare de 2 cm, dar nu mai mare de 5 cm pe diametrul cel mai larg, cu minimă infiltrație a dermului.

T₃. Tumoră mai mare de 5 cm pe dimensiunea cea mai largă, sau cu infiltrație adincă indiferent de localizare.

T₄. Tumora invadează alte structuri cum sînt : cartilaj, mușchi sau os.

N. ADENOPATIE REGIONALĂ

Ganglionii regionali sînt aceia din regiunea inghinală.

N₀. Fără ganglioni palpabili.

N₁. Ganglioni perceptibili unilateral :

N_{1a} : ganglioni fără tumoră.

N_{1b} : ganglioni cu tumoră.

N₂. Ganglioni perceptibili bilateral :

N_{2a} : ganglioni fără tumoră.

N_{2b} : ganglioni cu tumoră.

N₃. Ganglioni fixați.

M. METASTAZE LA DISTANȚĂ

M₀. Fără metastaze la distanță evidente.

M₁. Cu metastaze la distanță.

CLASIFICAREA TUMORILOR TUBULUI DIGESTIV

(Realizată prin coordonarea clasificărilor curente și prin completări proprii)

I. – TUMORI BENIGNE

A. TUMORI EPITELIALE

Localizare semnalată

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| 1. – adenom-polip
adenomatos | → | { stomac (adenom unic sau multiplu), je-
jun-ileon (adenom unic sau multiplu),
colon (adenom unic sau multiplu) |
| 2. – polip vilos | → | stomac, colon sigmoid, rect. |
| 3. – papilom | → | esofog |
| 4. – condilom acuminat | → | anus |

B. TUMORI CONJUNCTIVE

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| 1. – fibrom | → | { esofag (fibrom izolat și fibromatoză
congenitală multipolară), colon, anus
(fibrolipom). |
| 2. – miom | → | esofag, stomac, jejuno-ileon, colon. |
| 3. – lipom | → | esofag, stomac, jejuno-ileon, colon. |
| 4. – mixom | → | stomac, colon. |
| 5. – condrom | → | esofag. |
| 6. – schwannom | → | esofag, stomac, jejuno-ileon, colon. |
| 7. – angioame | | |
| a. – hemangiom | → | esofag, stomac, jejuno-ileon, colon, rect. |
| b. – limfangiom | → | esofag, stomac, jejuno-ileon, colon. |
| 8. – hemangiopericitom | → | stomac. |
| 9. – hemangioendoteliom | → | esofag, stomac. |
| 10. – tumoră glomică | → | stomac. |

C. ALTE TUMORI BENIGNE

1. – Tumori disgenetice :

- a. – chisturi —————→ {organoide
enteroide
diverticuli
- b. – heterotopii —————→ {incluziuni brunneriene.
pancreas aberant (stomac, duoden).

D. PSEUDOTUMORI INFLAMATORII

- a. – pseudotumori cu țesut de granulație.
- b. – granulom eozinofil.

II. – TUMORI MALIGNE (PRIMARE)

A. TUMORI EPITELIALE – CARCINOAME

- 1. – carcinom in situ —————→ tot tubul digestiv.
- 2. – carcinom superficial —————→ stomac, jejun, ileon, colon, rect.
- 3. – carcinom mucoeroziv —————→ stomac.
Gutmann
- 4. – carcinom incipient —————→ stomac, jejun, ileon, colon, rect.
- 5. – carcinom epidermoid —————→ esofag, anus.
- 6. – adenocarcinom —————→ {esofag, stomac, jejun, ileon, colon,
apendice, anus.
- a. – formă mucipară —————→ stomac, colon, apendice.
(coloid)
- b. – formă trabeculară —————→ jejun, ileon, rect.
- c. – formă papiliferă —————→ jejun, ileon.
- 7. – carcinom nediferențiat —————→ stomac, jejun, ileon, colon.
(anaplazic)
- a. – carcinom fibros —————→ stomac.
(schir)
- b. – carcinom medular —————→ stomac, colon.
- 8. – carcinoame rare
- a. – carcinom brunne- —————→ stomac, duoden.
rian
- b. – carcinom excreto- —————→ stomac, duoden.
pancreatic

B. TUMORI CONJUNCTIVE – SARCOAME

1. – leiomiosarcom —————→ esofag, stomac, jejuno-ileon, colon.
2. – fibrosarcom —————→ esofag, stomac, jejuno-ileon, anus.
3. – rhabdomiosarcom —————→ esofag, stomac.
4. – angiosarcom —————→ stomac (vezi tumori vasculare).
5. schwannom malign —————→ stomac, jejuno-ileon.

C. ALTE TUMORI MALIGNE

1. – mioblastom —————→ stomac.
2. – carcinoid —————→ { jejuno-ileon, valvula Bauhin, apendice,
rect.
3. – limfom malign
(hodgkinian și
nehodgkinian) —————→ { esofag, stomac, jejuno-ileon, colon,
anus.
4. – carcinosarcom —————→ esofag.
5. – melanom malign —————→ colon, rect, anus.

D. TUMORI MALIGNE SECUNDARE

I. TUMORI BENIGNE

A. — Tumori benigne epiteliale

A. 1. — Adenomul — polipul adenomatos

Frecvență: adenomul reprezintă 17% din tumorile digestive la 1.700 de observații de tumori (P. Débat — 1973). Polipul este prezent mai frecvent la bărbați.

Localizare și date clinice: tumora se localizează, de obicei, pe mucoasa gastrică și intestinală. Polipoza gastrică este, uneori, prezentă în boala Biermer. Polipoza colică se poate prezenta sub aspectul unei polipoze multiple segmentare, cu localizare predominantă pe colon și cu riscul permanent al unei transformări maligne, sau sub forma unei polipoze rectocolice implicată în sindromul Peutz-Jeghers (boală ereditară, cu caracter autosomic dominant, compusă din asocierea unei lentiginoze periorificiale cu polipoza intestinală), sau în sindromul Gardner (boală ereditară, în care se asociază o polipoză rectocolică cu tumori multiple ale oaselor și țesuturilor moi — chisturi și fibroame).

Polipoza rectală se poate prezenta sub forma unor polipi izolați. Se afirmă că un individ din 10, este purtător de polip rectal.

Macroscopie: tumora apare sub aspectul unei formațiuni plate, solitară (adenom), pediculată sau sesilă (polip adenomatos), de culoarea restului mucoasei.

Microscopie: adenomul repetă structura glandulară sau pseudoglandulară a segmentului digestiv în care s-a localizat. Polipul adenomatos este constituit dintr-o proliferare a mucoasei gastrice sau intestinale în jurul unui ax conjunctivovascular, proliferare care se întinde spre lumenul segmentului digestiv respectiv. Pediculul tumorii este o tijă conjunctivovasculară în prelungirea muscularei mucoase, atrasă către proliferarea tumorală.

Evoluție : tumoră benignă, cu potențial de malignitate de 17%, după unii autori. Alte statistici dau cifre mai mari și anume : pentru polipoza gastrică 12—60%, iar pentru polipoza colică 20%. Pentru localizarea rectală, posibilitatea de malignizare este de 25%.

A. 2. — Polipul vilos

Frecvență : reprezintă 2% din tumorile colonului și este considerat un subtip al polipului adenomatos. Uneori, cele două forme sînt asociate.

Localizare : tumoră excepțională la nivelul stomacului (a fost semnalată în zona antrală sau marea tuberozitate) sau a duodenului. Tumora este proprie colonului și îndeosebi sigmoidului și rectului.

Date clinice : se dezvoltă, de obicei, în a doua jumătate a vieții și se manifestă clinic prin simptomatologie colică, cu debacuri sero-muco-sanghinolente.

Macroscopie : tumoră moale, franjată, arborescentă, sesilă sau pediculată, dezvoltată pe o mucoasă ce rămîne suplă în zona de contact.

Microscopie : la nivelul stomacului are aspectul unor franjuri papilifere, tapetate de celule cilindrice sau cubicocilindrice, asemeni celulelor superficiale ale mucoasei gastrice. La nivelul colonului, tumora are franjurile tapetate de celule cilindrice mucosecretante sau bazofile dediferențiate, cu frecvente mitoze, fără atipii. Vilozițiile au un ax conjunctivo-vascular, stroma este redusă, adesea infiltrată inflamator.

Evoluție : lentă, prognostic îndoielnic, 80% din tumori se malignizează. Se afirmă că o tumoră viloasă malignă este capabilă, după exereza locală, să recidiveze cu o structură histologică benignă. Este apreciată ca o tumoră „border line”, motiv pentru care se disting 2 varietăți : tumori viloase benigne și tumori viloase cu leziuni de carcinom in situ (în cazul prezenței de anomalii citologice și arhitecturale cu respectarea muscularei mucoase). În general, tumora prezintă particularități clinice evolutive și histopatologice care o deosebesc de polip și papilom, deși, după unii autori, tumora este

considerată ca o polipoză, cu structură incomplet diferențiată (L. Boicescu — 1971).

- H. Baumel et S. Fabre — Arch. Franc. Mal. App. Dig. 63, 5, 442-446, 1974.
 L. Boicescu — Morfologia normală și patologică — 3, 241-247, 1971.
 P. Debat — Thèse de Med. Lyon, 1973.

A. 3. — Papilomul

Frecvență și localizare : tumora este prezentă, în mod excepțional, la nivelul esofagului.

Macroscopie : tumora este, de obicei, multiplă, sub forma unor formațiuni lobulate, pediculate sau sesile, neidurate și de culoare roșu-brun.

Microscopie : papilomul este caracterizat prin proliferări digiforme ale epiteliului de acoperire, stratificarea fiind respectată și activitatea mitotică fiind absentă. Digitațiile prezintă un redus ax conjunctivo-vascular.

Evoluție : tumora se poate maligniza.

A. 4. — Condilomul acuminat

Frecvență și localizare : este o varietate de papilom cu localizare exclusiv anală, cel mai adesea la femei, în etiologia căruia este incriminat un virus.

Macroscopie : formațiune tumorală dură, de aspect papilomat, unică sau multiplă, cu aspect boselat, înmugurit.

Microscopie : tumora este alcătuită dintr-o proliferare a epiteliului malpighian cu stratul cornos ușor îngroșat și compus din celule parakeratozice, cu marcată acantoză, alungirea creștelor papilare și, uneori, cu aspecte pseudocarcinomatoase, prin apariția de perle epiteliale diskeratozice. Pentru diagnostic, este semnificativă vacuolizarea celulelor (cu aspect de celule clare) din straturile superficiale ale epidermului; nucleul este rotund sau ovoid, hiperrom. În derm se găsesc numeroase vase capilare dilatate și infiltrat inflamator. În celule se observă incluziuni virotice. Diagnosticul diferențial se face cu nodulul hemoroidal (dilatarea venelor hemoroidale și infil-

trație inflamatorie cu împingerea epiteliului de acoperire), sau cu polipul anal (ax conjunctivo-vascular uneori inflammat, acoperit de mucoasa anorectală de aspect normal).

Evoluție: uneori, recidivă locală după extirpare.

I. B. — Tumori benigne conjunctive

B. 1. — Fibromul

Frecvență și localizare: tumoră excepțională în toate segmentele tubului digestiv; la anus poate fi asociat cu lipomul.

Macroscopie: tumoretă bine delimitată, încapsulată sau nu, de dimensiuni variabile, alb sidefie pe suprafața de secțiune și pe suprafața externă. Pe secțiune, tumora mai prezintă caracter fasciculat, în vârtejuri. Când tumora are aspect pediculat se mai numește polip fibromatos.

Microscopie: fibromul este format din celule și fibre conjunctive, cu dispoziția fasciculelor în diverse direcții, astfel că, pe secțiunea histologică, ele pot fi tăiate longitudinal sau transversal. În funcție de celularizare, tumora poate avea caracter de fibrom moale (dens celularizat și edematos) sau fibrom tare (slab celularizat și hialinizat). Tumora este, în mod obișnuit, asociată cu miomul, lipomul și/sau mixomul.

Evoluție: tumoră benignă, cu malignizare foarte rară.

B. 2. — Miomul

Frecvență și localizare: tumoră excepțională în forma pură; în mod obișnuit, miomul este asociat cu fibromul.

Ca localizare, el poate fi întâlnit sub formă de leiomiom în segmentul digestiv superior și zona pilorică, iar sub formă de fibromiom, la cardia. Incidența sa la nivelul tubului digestiv este de 17% din toate tumorile benigne.

Macroscopie: tumora se dezvoltă în grosimea peretelui, ridicând mucoasa sau împingând seroasa care au aspect normal. Dimensiunile tumorii sînt variabile, ea este de culoare roșie-

tică și are tendință la ulceratie și hemoragie. Dacă tumora are pedicul, se numește polip miomatos.

Microscopie: tumora este, la acest nivel, de cele mai multe ori un leiomiom (proliferare de fascicule musculare netede) asociat cu țesut conjunctiv în cantități variabile.

Evoluție: tumoră benignă cu malignizare în 15—20% în cazul mioamelor intestinului subțire.

B. 3. — Lipomul

Frecvență și localizare: tumoră rară, excepțională la nivelul esofagului, prezentă uneori în peretele gastric, intestinal, în epiploon și mezenter. Lipomul se dezvoltă, de obicei, în țesutul submucos; la nivelul rectului, el poate apărea sub formă de tumori pediculate.

Macroscopie: tumoră lobulată, delimitată, provenită din proliferarea țesutului adipos și a țesutului conjunctiv, care apare sub formă de septuri, contribuind la lobulația tumorii.

Microscopie: tumora este formată din celule adipoase, dispuse în lobi și septate de benzi conjunctive.

Evoluție: dezvoltare lentă, eventual cu tulburări de compresie, hemoragii și invaginații.

B. 4. — Mixomul

Frecvență și localizare: tumoră rară, cu localizare predilectă la nivelul stomacului.

Macroscopie: tumora nu are un contur bine precizat, ea este moale, edematoasă, pseudogelatinosă.

Microscopie: mixomul este alcătuit din celule stelate, incluse într-o substanță edematoasă. Tumora trebuie diferențiată de alte tumori conjunctive, care pot suferi o dezintegrare mucoidă parțială sau totală cum sînt: mixofibroamele, mixoneurofibroamele și pseudomixoamele (acumulări de substanță mucoidă colorabilă cu albastru alcian și metacromatic cu albastru de toluidină). Acestea din urmă sînt considerate transformări distrofice ale țesuturilor.

Evoluție: prognostic rezervat din cauza caracterului recidivant al tumorii.

B. 5. — Condromul

Frecvență și localizare : tumoră extrem de rară, semnalată uneori în peretele esofagului.

Macroscopie : condromul poate avea dimensiuni variabile, este o tumoră dură, bine delimitată, alb strălucitoare.

Microscopie : structura histologică este asemănătoare cartilajului normal.

Evoluție : prognostic bun după exereză.

B. 6. — Schwannomul

Sinonime : neurinom, neurilem.

Frecvență : variabilă după autori. Cornet (cit. Delaure J. et Laumonier) îl notează ca fiind prezent în 30% din tumorile benigne ale stomacului.

Localizare : schwannomul poate fi întâlnit pe tot traiectul tubului digestiv, în ordinea frecvenței : stomac, intestin gros, intestin subțire, esofag, vezicula biliară.

Macroscopie : tumoră de dimensiuni variabile, încapsulată, bine delimitată. Ea se dezvoltă, de obicei, intramural submucos și evoluează către cavitate. Pe secțiune, schwannomul este alb-gălbui, eventual cu zone necrotice și hemoragice.

Microscopie : se disting două tipuri caracteristice :

— varietatea Antoni tip A, în care elementele celulare sînt dense, dispuse în fascicule paralele și cu nucleii aranjați în palisadă ;

— varietatea Antoni tip B, în care elementele componente sînt dispuse mai lax, celulele au un oarecare polimorfism și se observă frecvente remanieri sub formă de pseudochisturi sau de încărcare grasă. Între celule se găsește reticulină (predominant în varietatea A), (se colorează în galben-brun cu Van Gieson) ; se găsesc, de asemenea, fibre de collagen (colorație în roșu cu Van Gieson). Caracteristice pentru schwannom sînt granulațiile π ale lui Reich (granule grosolane roșu-carmin, colorate cu Giemsa sau, metacromatic, cu albastru de toluidină). Se pot întâlni aspecte pseudochistice și pseudoangiomatoase.

Evoluție : tumoră benignă, cu malignizare rară, recidivă frecventă.

B. 7. a. — Hemangiomul

Frecvență și localizare : tumoră rară, dar semnalată la toate nivelele tubului digestiv ; în localizarea gastrică și rectală se găsesc câteva cazuri, în rest este excepțională. Hemangiomul este în mod curent asociat cu alte tumori conjunctive.

Datele clinice : simptomatologie frustă.

Macroscopie : de volum variabil, uneori important, tumora este slab delimitată, are aspect plan sau tuberos, este roșu-violacee și se dezvoltă în straturile vasculare ale mucoasei cu extensie către seroasă sau către mucoasă.

Microscopie : se descriu ambele forme cunoscute și în alte localizări :

— hemangiom cavernos (tumora este formată din spații vasculare largi sinuoase, confluențe, pline cu sânge, cu puțin țesut conjunctiv intervascular) ;

— hemangiom capilar (proliferare de vase mici, capilare, căptușite cu celule endoteliale, cu aspect general de mare densitate celulară).

Evoluția : prognostic în general benign, evoluție lentă. Hemangiomul cu localizare rectală impune cura chirurgicală, datorită leziunilor de necroză și hemoragie cu care se însoțește.

B. 7. b. — Limfangiomul

Frecvență și localizare : tumoră excepțională, cu localizare posibilă în tot tubul digestiv.

Macroscopie : tumoră slab delimitată, spongioasă, moale, din care se elimină un lichid filant, albicios.

Microscopie : proliferare de vase limfatice de diverse calibre.

Evoluție : lentă, prognostic bun.

B. 8. — Hemangiopericitomul

Frecvență și localizare : pînă în 1961, sînt publicate aproximativ 10 cazuri de hemangiopericitom cu localizare gastrică (J. Delarue 1969). Tumora este mai frecventă la nivelul epiploonului și a mezenterului.

Macroscopie : tumoră cu caracter hemoragic, simulînd o zonă de necroză hemoragică sau un cheag recent.

Microscopie : tumora este formată din capilare sau spații vasculare delimitate de un singur rînd de celule endoteliale, de la care pleacă mase de celule rotunde, ovalare sau ascuțite (pericite), orientate perpendicular pe membrana bazală, avînd originea în pericitele lui Zimmermann din adventice. Celulele sînt înconjurate de fibre de reticulină.

Evoluție : potențial de malignizare, trădat nu de aspectul citologic, ci de caracterul invaziv al tumorii.

B. 9. — Hemangioendoteliomul

Frecvență : pînă în 1955, sînt publicate aproximativ 30 de cazuri.

Localizare : tumora a fost semnalată la nivelul stomacului și esofagului.

Macroscopie : tumoră de mărime variabilă, solidă, încapsulată, cu aspect angiomatos.

Microscopie : tumora este formată din vase dilatate cu proliferare excesivă a celulelor endoteliale, care pot umple lumenul sau pot apare sub formă de pinteni intraluminali. Forma benignă este greu de diferențiat de forma malignă; se indică impregnații argintice pentru evidențierea membranei bazale.

Evoluție : tumoră benignă cu evoluție lentă, cu malignizare posibilă.

B. 10. — Tumora glomică

Frecvență și localizare : 16 cazuri publicate pînă în 1963 (Martin și Lambling — cit. J. Delarue 1969); în majoritatea cazurilor tumora a fost situată în antrul gastric.

Macroscopie : tumoră de mici dimensiuni, localizată în submucoasă, uneori delimitată de o falsă capsulă, alteori infiltrativă, dură, cartilaginoasă sau elastică, arareori cu mucoasa ulcerată.

Microscopie : tumora este alcătuită din vase de calibre diferite, cu un singur rînd de celule endoteliale și cu pereții ceva

mai groși asemănători pereților arteriali. Între vase, se găsesc aglomerări de celule mici, globuloase sau epitelioides și (uneori) fibre nervoase (tumora glomică gastrică nu deține fibre nervoase). Datorită aspectului variat, se disting mai multe forme de tumori glomice :

- glomangiom asemănător hemangiopericitomului ;
- tumoră glomică cu aspect neurofibromatos ;
- tumoră glomică cu aspect mixocondroid.

I. C. — Alte tumori benigne ale tubului digestiv

C. 1. — Tumori disgenetice

C. 1. a. — Chisturi (localizate predilect la nivelul stomacului) :

- chisturi organoide disgenetice ;
- chisturi enteroide ;
- diverticuli.

C. 1. b. — Heterotopii (localizare predilectă gastrică) :

- incluziuni brunneriene (20 cazuri publicate, cit. J. Délarue 1969) ;
- pancreas aberant (sediul predilect antro-piloric, în toată grosimea peretelui), pot avea același comportament ca organul însuși.

I. D. — Pseudotumori inflamatorii

- a. Tumori sesile sau pediculate constituite din țesut de granulație post inflamator.
- b. Granulomul eozinofil (localizare gastrică predilectă), 105 observații, publicate până în 1964, apare ca tumoră unică, rar dublă, pediculată sau sesilă ca o infiltrație a peretelui, acoperită de mucoasa digestivă uneori ulcerată.

Microscopie : tumora este formată din aglomerări de eozinofile histiocite, limfocite, plasmocite, celule gigante, uneori cu fibre de reticulină și colagene, alteleori cu leziuni de aneugă necrozantă.

Leziunea este denumită, în unele tratate, „polip gastric inflamator“.

II. – TUMORI MALIGNE (PRIMARE)

Carcinoamele tubului digestiv

Frecvență și localizare : carcinoamele tubului digestiv prezintă o frecvență diferită, în funcție de localizare. Pentru stomac reprezintă 40—50% din toate localizările tumorale ale tubului digestiv ; în 50% din cazuri localizarea este prepilorică și antrală, în 20% este pe mica curbura. Raportul dintre sexul masculin/feminin este de $\frac{3}{2}$. Incidența diferă de la o țară la alta (maximă în Chile și Japonia, minimă în S.U.A.), din motive necunoscute în prezent.

Este semnalată predominanța neoplaziei la indivizii din grupa sanghină A. De asemenea, la bolnavii cu acanthosis nigricans (afecțiune dermatologică transmisă genetic), se observă o incidență crescută a tumorilor maligne cu localizare digestivă.

Pentru intestinul subțire, segmentul cel mai afectat este duodenul în zona abuzării coledocului sau/și a canalului pancreatic, cu o incidență de 1% din totalitatea tumorilor digestive. Colonul ocupă locul 3 după stomac și rect, în localizarea neoplaziilor. Cancerul de colon reprezintă 15% din toate cauzele de deces. Neoplazia este mai frecventă după vîrsta de 40 ani pentru localizarea pe colon și, după 60 de ani, pentru localizarea rectală. Ambele sexe sînt afectate în egală măsură. Ca localizare pe segmente, ordinea descrescîndă este următoarea : rect, sigma, cec, colon ascendent, colon transvers, colon descendent, unghi hepatic și unghi splenic.

Pentru localizarea rectală, Ōnes (1975) semnalează o morbiditate de 30/100 000, o frecvență mai crescută a acestui neoplasm pentru America de Nord și Europa Occidentală și mai rară în Africa și America de Sud.

Date clinice : aceleași pentru toate neoplaziile : inapetență, scădere în greutate, anemie, cu caractere diferite și incidente clinice variate pentru fiecare segment în parte, între care durerile și tulburările de tranzit.

Pentru stomac, un rol important în apariția neoplaziilor îl au stările precanceroase : gastrita atrofică, însoțită de aclorhidrie și anemie pernicioasă, ulcerul gastric cronic, focarele de metaplazie de tip intestinal și polipii.

Macroscopie : aspectele macroscopice diferă într-o oarecare măsură după segmentul examinat.

La stomac se pot întâlni următoarele forme : vegetantă, infiltrativă, solidă și fibroasă, fiecare din ele putând fi ulcerată și neulcerată.

La intestinul subțire, neoplazia poate avea aspect polipos sau difuz, infiltrativ ou variantele neulcerată sau ulcerată.

În localizarea duodenală tumora poate fi periampulară, supra sau subampulară.

La intestinul gros, tumora poate fi unică (cel mai frecvent) sau multiplă ; ea poate avea aspect vegetant, infiltrativ difuz, ulcerat sau neulcerat ; cel mai adesea, ea are caracter inelar, stenozant.

Microscopie : aspectele microscopice sînt prezentate pentru fiecare formă histologică în parte.

S. Ōnes, A. Pusane, G. Ūnal – Arch. Union. Med. Balc. 3-4, 75, 385-387, 1975.

II. A. – Tumori maligne epiteliale

CARCINOAMELE

A. 1. – Carcinomul in situ

Macroscopie : modificări de culoare ale mucoasei, cîte odată mici exulcerații sau absența oricărei modificări macroscopice.

Microscopie : tumora se caracterizează prin prezența de celule

cu aspect nediferențiat, bazofil, prezente dispersat în epiteliul glandular; uneori, celulele au aspect de inel cu pecete. Toate modificările sînt limitate la mucoasă, strict la nivelul glandelor.

A. 2. – Carcinomul superficial

Macroscopie: modificări de culoare ale mucoasei.

Microscopie: arhitectura glandelor este modificată, celule cu caracter atipic cu mitoze se găsesc în glande și printre elementele glandulare, în corion, dar procesul neoplazic nu depășește muscularis mucosae.

A. 3. – Carcinomul mucoeroziv (Gutmann)

Macroscopie: eroziune a mucoasei de dimensiuni foarte mici, ca niște exulcerații, mucoasa prezintă modificări de culoare față de zonele învecinate.

Microscopie: celulele neoplazice cu bazofilie marcată, cu numeroase atipii nucleare, arhitectura glandelor modificată, cu lipsa de continuitate a epiteliului glandular.

Muscularis mucosae nu este depășit.

A. 4. – Carcinomul incipient

Macroscopie: modificări ca și la formele anterioare, dar mai pregnante.

Microscopie: infiltratul neoplazic depășește ca topografie muscularis mucosae, tumora fiind cantonată la nivelul submucoasei.

Evoluție: pentru toate formele descrise, prognosticul este discutabil, deoarece, în unele cazuri, ganglionii pot prezenta metastaze.

A. 5. – Carcinomul epidermoid

Frecvență și localizare: carcinomul epidermoid se localizează la nivelul esofagului (50% esofag inferior, 40% esofag mijlociu și 10% esofag cervical) și la nivelul anusului. Ca frecvență,

la esofag el reprezintă 4% din toate tumorile acestuia, iar la anus 5—10% din cancerele recto-colice.

Tumora este mai frecventă la sexul masculin (raport 5/1) și la vârste mai înaintate (după 50 ani).

Date clinice: în localizarea esofagiană, neoformațiunea se însoțește de stenoza esofagului, disfagie, refularea alimentelor în căile respiratorii. În localizarea anală, ea este uneori confundată cu condilomul anal sau hemoroizii indurați, dacă fistulizează poate simula o supurație anală, iar simptomul dominant este dificultatea la defecație, excreție purulentă, murdară și hemoragii anale.

Macroscopie: în localizarea esofagiană, tumora se prezintă, de obicei, ca o indurație care ridică mucoasa. Ea are (eventual) centrul ulcerat și marginile burjonante și vădit caracter infiltrativ. În localizarea anală tumora are, de obicei, aspect vegetant, exulcerat și hemoragic, cu baza infiltrată.

Microscopie: proliferarea tumorală poate prezenta diversele aspecte ale unui carcinom epidermoid; mucoasa poate fi intactă sau ulcerată. Pentru aprecierea prognosticului se utilizează gradația lui Broders:

- gr. 1. carcinom foarte bine diferențiat (75% din celule sînt diferențiate).
- gr. 2. carcinom bine diferențiat (50—75% din celule sînt diferențiate).
- gr. 3. carcinom slab diferențiat (25—50% din celule sînt diferențiate).
- gr. 4. carcinom nediferențiat (sub 25% din celule sînt diferențiate).

La zona de trecere esofag/stomac poate fi uneori întâlnită o formă de carcinom „complex“, în care plaje de carcinom glandular sînt dispuse alături de zone de carcinom epidermoid.

Evoluție: tumoră malignă cu caracter invaziv și metastazant.

A. 6. — Adenocarcinomul

Este prezent la toate nivelele tubului digestiv; este constituit din proliferarea tumorală, anarhică, a tubilor glandulari care au forme și dimensiuni variabile și aspect atipic. Uneori, se observă o acumulare de secreție în lumenul tubilor. Aceștia

mai pot prezenta proliferări papilare endoglandulare. Celulele au o bazofilie deosebită și variază, ca aspect, după segmentul interesat.

Semnificația prognostică a acestei forme este foarte rezervată.

A. 6. a. — **CARCINOMUL MUCIPAR (COLOID)** — este, de obicei, un adenocarcinom în care celulele secretă mucus în cantități variabile. Celulele sînt globuloase, cu nucleu excen-tric și turtit prin acumulare de mucus, realizînd aspectul de celulă în „inel cu pecete”. În tumori se crează spații de dimen-siuni variabile, pline cu substanță mucoasă, în care se pot găsi, dispersat sau în grupuri, celule în inel cu pecete.

În adenocarcinomul mucipar gastric colorația PAS este pozi-tivă, iar colorația pentru mucicarmin este negativă sau slab pozitivă; în cazul aceluiași neoplasm la nivelul colonului, co-lorația PAS este negativă, iar mucicarminul pozitiv.

Localizarea predilectă a acestei forme tumorale este la nivelul stomacului, colonului, apendicelui.

Semnificația prognostică este foarte rezervată.

A. 6. b. — **CARCINOMUL TRABECULAR** — este o varietate de adenocarcinom întîlnit mai frecvent la nivelul intestinului subțire. El este alcătuit din cordoane de celule neoplazice, se-parate prin stromă.

A. 6. c. — **CARCINOMUL PAPILIFER**, cu localizare predilec-tă la nivelul intestinului subțire, este un adenocarcinom care oferă imagini arborescente, realizate prin proliferarea tumo-rală sub formă de papile cu ax conjunctivo-vascular. Dezor-dinea arhitecturală, bazofilia celulei și prezența de nuclei monstuoși sînt caractere comune cu celelalte forme tumo-rale.

Adenoacantomul digestiv este un adenocarcinom cu zone de metaplazie epidermoidă.

Tumora este foarte rară.

A. 7. — **CARCINOMUL NEDIFERENȚIAT (ANAPLAZIC)** — se poate localiza în toate segmentele tubului digestiv; el se

prezintă ca o aglomerare de celule tumorale, dispersate sau în grupuri, fără vreo dispoziție arhitectonică și fără a mai reproduce caracterul citologic al segmentului respectiv. Prognosticul acestei forme este foarte grav, cu recidive și metastaze rapide.

Carcinomul anaplazic se poate prezenta sub următoarele aspecte macro/microscopice :

A. 7. a. — CARCINOM NEDIFERENȚIAT FIBROS

Sinonime : linita plastică, schir gastric.

Macroscopie : tumora apare ca o îngroșare și indurare a pereților tubului digestiv, cel mai frecvent la nivelul stomacului (procesul poate cuprinde organul în totalitate, de la cardia la pilor, sau poate fi parțial). Organul se transformă într-un tub rigid. Mucoasa este edemațiată, cu pliuri șterse și poate prezenta ulceratii.

Duodenul și esofagul rămân indemne.

Microscopie : tumora are aspectul unui schir, cu hiperplazia țesutului conjunctiv în submucoasă și cu invazie de celule neoplazice nediferențiate sau mucipare în mucoasă, submucoasă, între straturile musculare, pînă la seroasă și chiar dincolo de aceasta.

Evoluție : tumoră malignă cu caracter infiltrativ și metastazant.

A. 7. b. — CARCINOMUL MEDULAR — este o proliferare neoplazică compactă, sub formă de mase sau insule de celule tumorale, care nu mai reproduc în totalitate aspectul citologic al segmentului respectiv.

Semnificația prognostică este mai rezervată decît la formele anterioare.

A. 8. — Carcinoame rare

A. 8. a. — CARCINOMUL BRUNNERIAN — este constituit din insule de celule cu citoplasma clară (ca în glandele Brunner) și este situat în submucoasă.



A. 8. b. — **CARCINOMUL EXCRETOPANCREATIC** — este format din celule mucosecretante, situat în straturile musculare și se dezvoltă pe incluziuni heterotopice de pancreas.

Evoluție : prognosticul carcinoamelor digestive este foarte rezervat. Pentru localizarea gastrică supraviețuirea este de 5% în primii 5 ani și de 15% după 5 ani pentru cazurile operate. Metastazele sînt prezente în ficat în 50% din cazuri, în mezențier, epiploon și peritoneu în 45%, în ganglionii limfatici supraclaviculari în 8% (semnul lui Troisier).

În cazul intestinului subțire, evoluția bolii este de obicei lentă, cu obstrucția coledocului și icter mecanic secundar, dacă tumora se află în zona papilei Vater.

Pentru intestinul gros, evoluția este, de asemenea, lentă, cu posibilitatea instalării unor incidente și accidente cum sînt : ileusul mecanic, hemoragii sau perforații, fistule stercorale.

Infiltrația neoplazică se face din aproape în aproape, în grosimea peretelui, țesutului pericolic sau spre cavitatea peritoneală.

Metastazele, în ordinea frecvenței, se fac în ganglionii limfatici regionali, ficat, pulmon.

Pentru cancerul rectal supraviețuirea de peste 5 ani după operație depinde de stadiul de boală, ajungînd pînă la 90% în faza incipientă (înainte de difuzarea regională limfatică) dar cu totul excepțională, cînd s-au produs metastaze la distanță.

II. B. — Tumori maligne conjunctive

SARCOAMELE TUBULUI DIGESTIV

Caractere generale comune : sarcomul se poate localiza pe toată lungimea tubului digestiv. Incidența este de 1—3% pentru stomac și 3% pentru colon din totalul tumorilor digestive. Tumora are dezvoltare expansivă, cu caracter infiltrant și necrozant ; metastazele se produc pe cale sanghină. Datorită dez-

voltării rapide a tumorii, pot apărea fenomene de compresiune a organelor din vecinătate.

Volumul tumorii este foarte variabil; ea poate avea consistență fermă cărnosă („în carne de pește”) sau poate fi friabilă, moale, cu zone necrotice și hemoragice pe suprafața de secțiune.

Din punct de vedere microscopic pot fi întâlnite următoarele forme :

B. 1. — Leiomiosarcomul

Frecvență și localizare : este o tumoră rară, cu localizare posibilă în pereții esofagului, stomacului sau intestinului.

Macroscopie : tumora este infiltrativă spre lumen sau spre seroasă.

Microscopie : proliferare de celule alungite, cu nuclei polimorfi, atipici, citoplasmă acidofilă cu miofibrile nestriate, spații clare perinucleare. Celulele se dispun în fascicule cu orientare variată de unde rezultă dificultatea de diagnostic diferențial cu fibrosarcomul; este indicată impregnarea argentică pentru fibra de reticulină care este prezentă în leiomiosarcom. Caracterul de malignitate este dat de inegalitatea nucleară și, mai ales, de caracterul invaziv al tumorii.

B. 2. — Fibrosarcomul

Frecvență și localizare : tumoră extrem de rară, cu localizare posibilă în toate segmentele tubului digestiv.

Microscopie : proliferare de celule fuziforme, dispuse în fascicule, cu nuclei ovalari și hipereromi, inegali, și cu mitoze atipice. Între celule sînt fibre colagene, izolate sau grupate în fascicule și vase de tip sarcomatos. Se indică colorația Van Gieson pentru diferențierea fibrelor de collagen de celulele musculare netede.

B. 3. — Rabdomiosarcomul

Tumoră extrem de rară fără aspecte deosebite față de alte localizări.

B. 5. — Schwannom malign

Sinonime : sarcom neurogenic, neurofibrosarcom, neurilemom malign. Tumoră extrem de rară cu localizare posibilă pe toate segmentele tubului digestiv. Macroscopic are caracter infiltrativ, eventual cu ulceratii și hemoragii; microscopic, are caracterul palisadic al schwannomului benign, dar cu nucleii monstruoși. Prognosticul este rezervat.

II. C. — Alte tumori

C. 1. — Mioblastomul

Frecvență și localizare : tumora a fost identificată la nivelul tubului digestiv relativ recent. Prima descriere este semnată în 1960 (Marin J. E. și col., cit. M. Mignon și col.). În S.U.A. pînă în 1962, au fost izolate 69 de cazuri, prin revizuirea unui material anatomo-patologic mai vechi; în Franța, se cunosc 11 cazuri pînă în 1968.

Tumora a fost întâlnită predominant la sexul masculin; vîrsta preferată este între 40-70 ani, localizările frecvente au fost : marea curbura, fețele gastrice sau marea tuberozitate.

Tumora mai poate fi localizată exo și endogastric.

Sinonime : leiomiom epitelioid, leiomiom bizar, tumoră bizară de stomac, tumora Abrikosov.

Date clinice : în localizarea gastrică sînt semnalate : dureri, vărsături, hematemeză, melenă; în localizarea extragastrică se notează : dureri paroxistice (eventual prin torsiune, distensie, hemoragie), compresiune pe organele vecine. Uneori evoluția se face asimptomatic, numai cu dezvoltarea progresivă a tumorii.

Macroscopie : dimensiunile obișnuite ale mioblastomului sînt între 0,5—20 cm. Tumora este de consistență moale, solidă sau/și chistică. Ea poate fi netedă sau polilobată și se dezvoltă în submucoasă, avînd rapoarte strînse cu musculatura. Dacă evoluează exogastric, ea se pediculează. Pe secțiune, prezintă zone de necroză și hemoragie.

Microscopie : tumora este alcătuită dintr-o proliferare densă, monomorfă de celule mari (25—50), rotunde sau poligonale, cu nucleu voluminos, ovoizi, cu cromatina dispusă în rețea fină, cu nucleol vizibil. Citoplasma celulelor este clară, cu granulații eozonofile, cu vacuole perinucleare optice goale.

În afară de acestea, mai pot exista următoarele elemente : celule cu striatii în citoplasmă, celule gigante, uni sau multinucleate, celule negranulate, anaplastice.

Diagnosticul diferențial microscopic se face cu leiomiomul (prezența miofibrilelor și a anomaliilor nucleare), lipomul (colorații pentru grăsimi), hemangiopericitomul (celule cu dispoziție peritelială), tumora glomică (celule rotunde dispuse pericapilar și intricate cu elemente nervoase).

Evoluție : invazie lentă, cu progresie exo sau endogastrică.

M. Mignon, Y. Le Duintrec, F. Potet, A. Alaoni, A. Lambling — La Presse Med. 76, 33, 1628-1630, 1968.

C. 2. — Carcinoidul

Frecvență și localizare : frecvența tumorii variază după autori :

— 56 carcinoide ale tubului digestiv pe 2.500 de autopsii diferite (Feyrter — cit. B. Crowder — 1967).

— 0,15% pe 187.250 apendicectomii (Leng, Levy, Chasse — cit. L. Sicard 1967).

— 0,64% pe 939 cazuri, în exclusivitate femei (Bastoi — cit. Orloff 1971).

Localizarea variază după segmentul examinat : Peskin (1959) redă următoarele cifre : au fost evidențiate 5.000 carcinoide apendiculare, față de 521 rectale și 396 de intestin subțire. Localizarea gastrică reprezintă 2—3% din toate carcinoidele ; pînă în 1967, sînt publicate în literatură 1.100 de cazuri de carcinoid cu diverse localizări.

Sinonime : tumoră argentafină, argentafinom, nev al tubului digestiv, meurocitom simpatic, epiteliom argentafin, tumoră cu celule argentafine.

Date clinice: evoluție asimptomatică sau cu caracter de apendicită acută sau de ocluzie intestinală; diagnosticul este pus de sindromul vaso-motor: flush (congestie activă și pasivă), tahicaride, modificări tensionale (fenomene datorită prezenței serotoninei). Carcinoidul rectal nu secretă serotonină (Sicard și col. 1976). În sprijinul diagnosticului se recomandă testul serotoninei sanghine (normal 3—8 mg.‰) care în localizarea rectală a carcinoidului rămâne negativ, în timp ce în celelalte localizări ale tumorii poate atinge și cifra de 40 mg.‰.

Macroscopie: tumoră nodulară, alb-gălbuie, neîncapsulată, cu dimensiuni variabile, cu sediul obișnuit submucos, infiltrază straturile musculare, poate fi ulcerată.

Microscopie: cordoane sau mase celulare în care se găsesc mici cavități. Celulele sînt dispuse palisadic sau pseudoacinos; ele sînt sferice sau poligonale prin presiune reciprocă, cu vacuole citoplasmice și granulații argentafine; nucleul este central cu cromatina reticulară. Atipiile sînt absente. Tumora este malignă fără caracter citologic corespunzător. Carcinoidul rectal nu are granulații argentafine.

Evoluție: tumoră malignă cu evoluție lentă, cu generalizare pe cale limfatică (ganglioni mezenterici) sau sanghină (os, piele, ficat).

B. J. Crowder — Surg. Clin. N. Amer. 47, 915-918, 1967.

M. J. Orloff — Cancer, 28, 175-180, 1971.

J. L. Sicard — La nouvelle presse medicale, 1, 23, 1976.

C. 3. — Limfoamele gastro-intestinale

Frecvență și localizare: limfoamele gastro-intestinale sînt predominante la sexul masculin. Ele prezintă 4% din totalul tumorilor gastrice. Ūmal și col. (1975), pe 30 de cazuri de limfoame, găsesc 48,5% cu originea gastrică, 33,3% la intestinul subțire și 2% la nivelul colonului.

Date clinice: dureri abdominale, scădere ponderală, vărsături, adenopatie satelită, formațiuni tumorale palpabile (uneori).

Macroscopie: tumora, prezentă în peretele tubului digestiv, ridică mucoasa de acoperire, mucoasă care poate fi intactă sau

cu câteva ulceratii. Dacă și mucoasa este afectată de procesul tumoral, ea devine indurată sau are aspect mamelonat. Alteleori, tumora este ulcerată larg, avînd sub ulceratie o zonă de indurare și de îngroșare a peretelui.

Microscopie: după concepțiile foarte moderne, se admit două forme de limfoame: hodgkiniene și nehodgkiniene. Ele sînt descrise pe larg în tratatele de specialitate. În capitolul de față redăm numai două din clasificările mai utilizate de clinică ale celor 2 aspecte tumorale.

— Clasificarea Limfomului Hodgkin (după Lukes și Butler, Rye, 1969):

- I — predominanță limfocitară
- II — scleroză nodulară
- III — celularitate mixtă
- IV — depleție limfocitară

— Clasificarea limfoamelor maligne nehodgkiniene (propusă de Lennert 1971).

I Leucemie cronică limfoidă (limfom malign limfocitic, bine diferențiat)

II Centrocitom difuz (limfosarcom limfocitic, limfom malign limfocitic de tip intermediar, tumora centrilor germinali cu tip celular mic, clivat)

III Centroblastom (limfom folicular, limfom malign nodular, tumoră a centrilor germinali cu celule clivate și neclivate, limfom giganto-folicular Brill-Symmers)

IV Sarcom imunoblastic (reticulosarcom, limfom malign de tip histiocitar)

V Imunocitom limfo-plasmocitoid (limfom malign limfocitic bine diferențiat, macroglobulinemia Waldenström)

VI Sarcom limfoblastic (paraleucoblastic) și leucemia limfoblastică (limfom malign limfocitic slab diferențiat, leucemie limfatică acută, tumoră de centri germinali cu celule neclivate.)

C. 4. — Carcinosarcomul digestiv

Această formă de neoplazie care este alcătuită dintr-un carcinom epitelial (epidermoid sau glandular) în stroma căruia structurile conjunctive au și ele aspect neoplazic (sarcom fuzocelular, condrosarcom etc.), nu este unanim recunoscută la nivelul tubului digestiv.

C. 5. — Melanomul malign

Frecvență și localizare : melanoza malignă digestivă primitivă nu este unanim admisă. Se citează numai câteva cazuri în literatură. Printre acestea notăm observația prezentată de Franche și col. 1961, care citează în text pe Banzet și col. 1953, cu 10 observații de melanom digestiv. Forma secundar digestivă a tumorii este mai frecvent relatată. Localizarea recto-anală a melanomului malign primitiv este considerată rară, dar posibilă.

Macroscopie : tumora are, uneori, aspect polipoid, pediculat. Culoarea brună a tumorii este caracteristică.

Microscopie : proliferare intra și submucoasă de celule cu încărcare variabilă de pigment melanic. Celulele au aspect sarcomatos.

Evoluție : prognostic foarte sever, prin proliferarea și extensia rapidă a tumorii.

II. D. — Tumori secundare maligne ale tubului digestiv

Aceste tumori provin de la uter, ovar, prostată (frecvent) sau de la pulmon și pleură (mai rar).

O. Franche, Georgeta Cordun, A. Segal, S. Rosembaum, N. Dănilă — Tumeur mélanique gastro-intestinale. Arch. Mal. App. Dig. 50, 4, 332-336, 1961.

Notă specială

TĂRĂBUȚĂ CORDUN GEORGETA

Studii recente au stabilit că în diverse țesuturi și organe există unele celule cu origine din creasta neurală, celule care sînt capabile să sintetizeze polipeptide sau proteine cu greutate moleculară mică, cu funcție hormonală. Prin studii de radioautografie, histochimie și microscopie electronică s-a demonstrat că aceste celule au caractere morfofiziologice deosebite, ceea ce i-a determinat pe cercetători să le încadreze într-un sistem celular endocrin difuz denumit APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation). În această categorie sînt deocamdată cunoscute: celulele C și M din glanda pituitară care secretă adrenocorticotropin, celulele A din insulele Langerhans (alfa 2) din pancreas, care secretă glucagon, celulele B (beta) din insulele Langerhans din pancreas care secretă insulină, celulele D din insulele Langerhans (delta și alfa 1) din pancreas care secretă gastrină, celulele AL din stomac (A-like) care secretă enteroglucagon, celulele G din stomac care secretă gastrină, celulele EG din intestin care secretă enteroglucagon, celulele S din duoden care secretă secretină, celulele parafoliculare din tiroidă care secretă calcitonină (L. C. Junquiera și col., 1971).

Tumorile derivate din aceste celule au fost denumite apudome. Printre acestea sînt notate insulinoamele pancreatice, tumorile tiroidiene producătoare de calcitonină, precum și tumorile carcinoide (tumori argentafine) secretoare de serotonină. Actualmente (1978), sînt notate în literatură (J. Albores-Saavedra și col., 1976) 12 tumori carcinoide cu localizare la colul uterin, pe care autorii le-au împărțit în tumori bine diferențiate și slab diferențiate, acestea din urmă fiind foarte asemănătoare cu carcinoamele nediferențiate în bob de ovăz de la pulmon sau cu unele tumori limfocitoide, dar care, toate, prin caracterele histochimice și electrono-microscopice, pot să se integreze în sistemul APUD, în așa numita categorie a neurocristopatiilor.

Deocamdată, încadrarea carcinoidelor tubului digestiv în grupul Apudomelor este foarte controversată.

-
- J. Albores — Saavedra, O. Larraza, S. Poucell, H. A. Rodriguez-Martinez, Carcinoid of the uterine cervix. — *Cancer*, 38, 6, 2328—42, 1976.
 L. C. Junqueira, J. Carneiro, A. N. Contopoulos, *Histologia Basica*, Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Brazil, 1971.

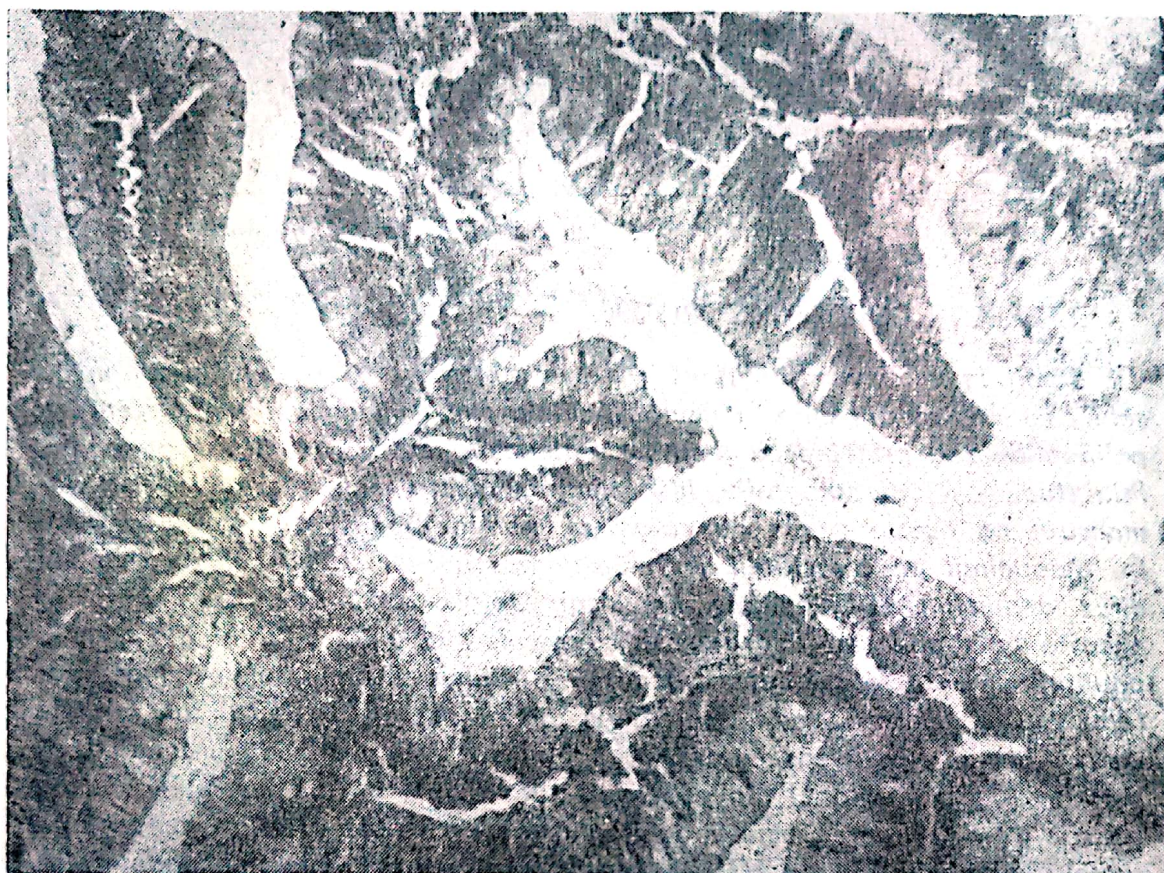


Fig. 1 – x 200, H. E. Tumoră viloză recto-sigmoidiană

Fig. 2 – x 100, H. E. Papilom anal.



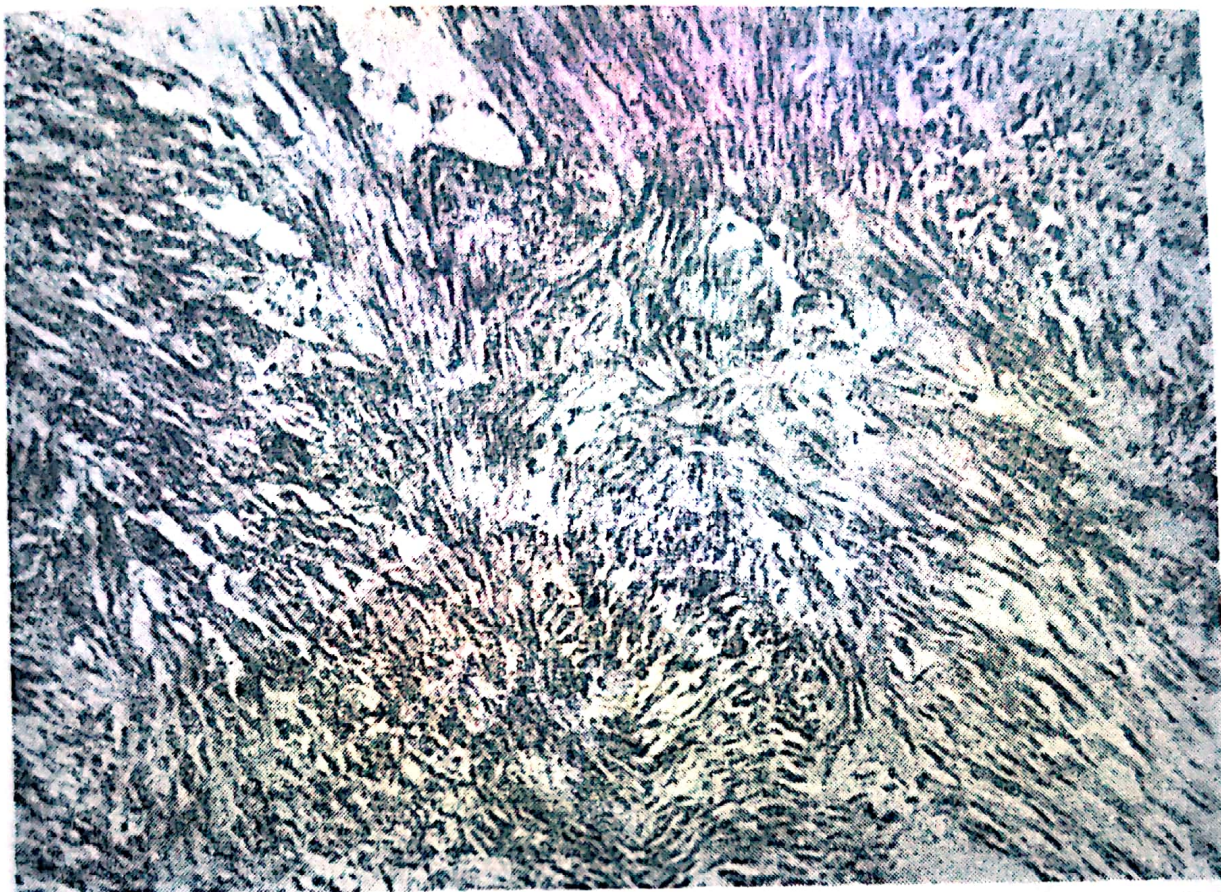


Fig. 3 – x 100, H. E. Fibrom de esofag

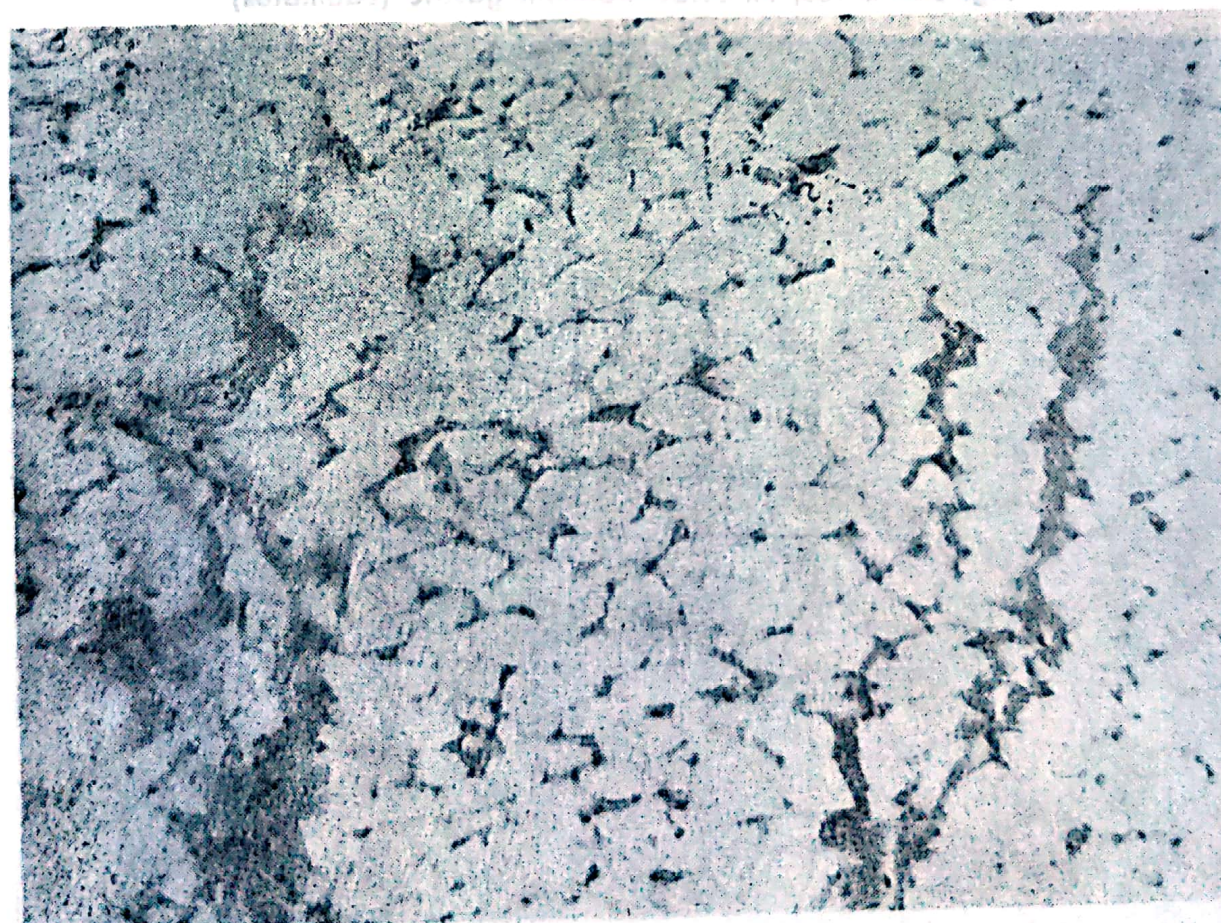


Fig. 4 – x 100, H. E. Lipom al peretelui gastric

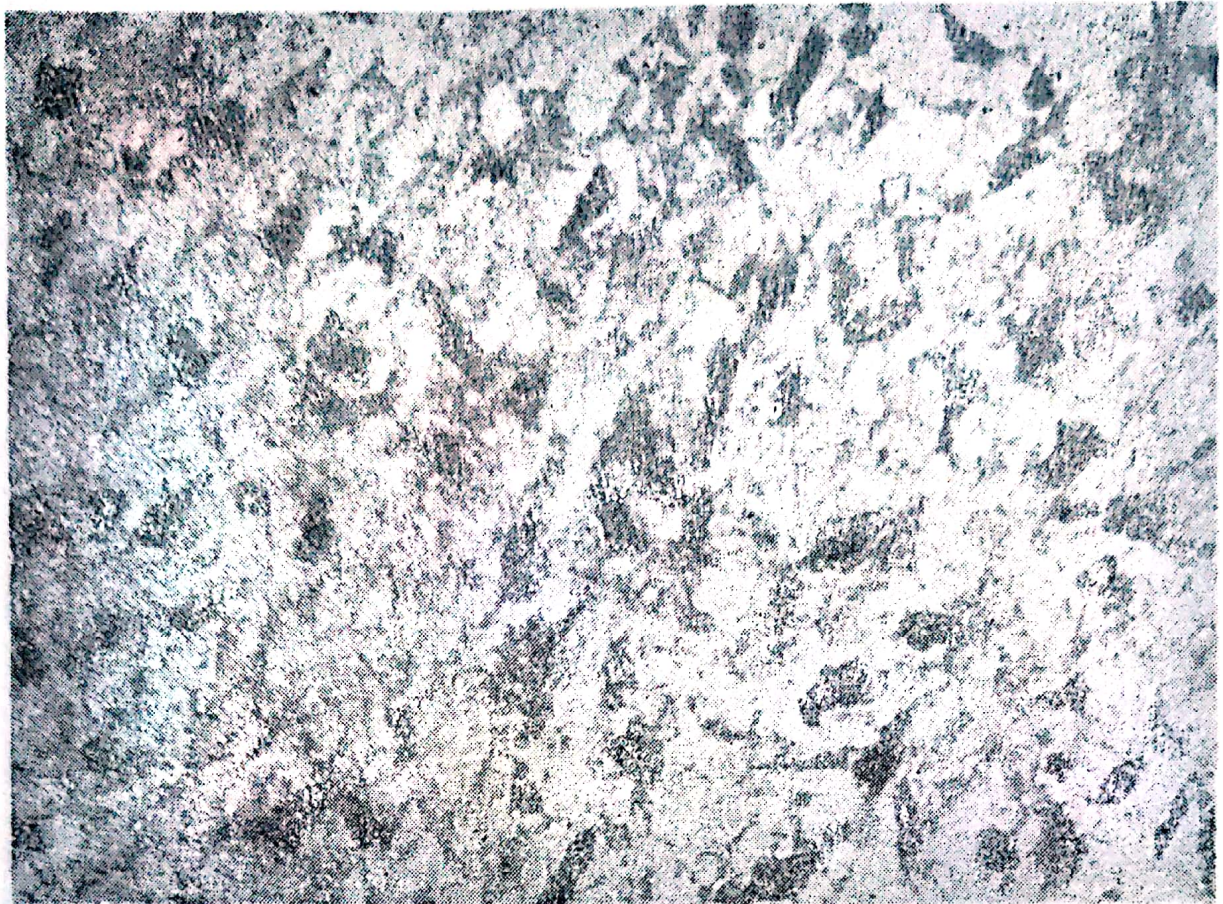
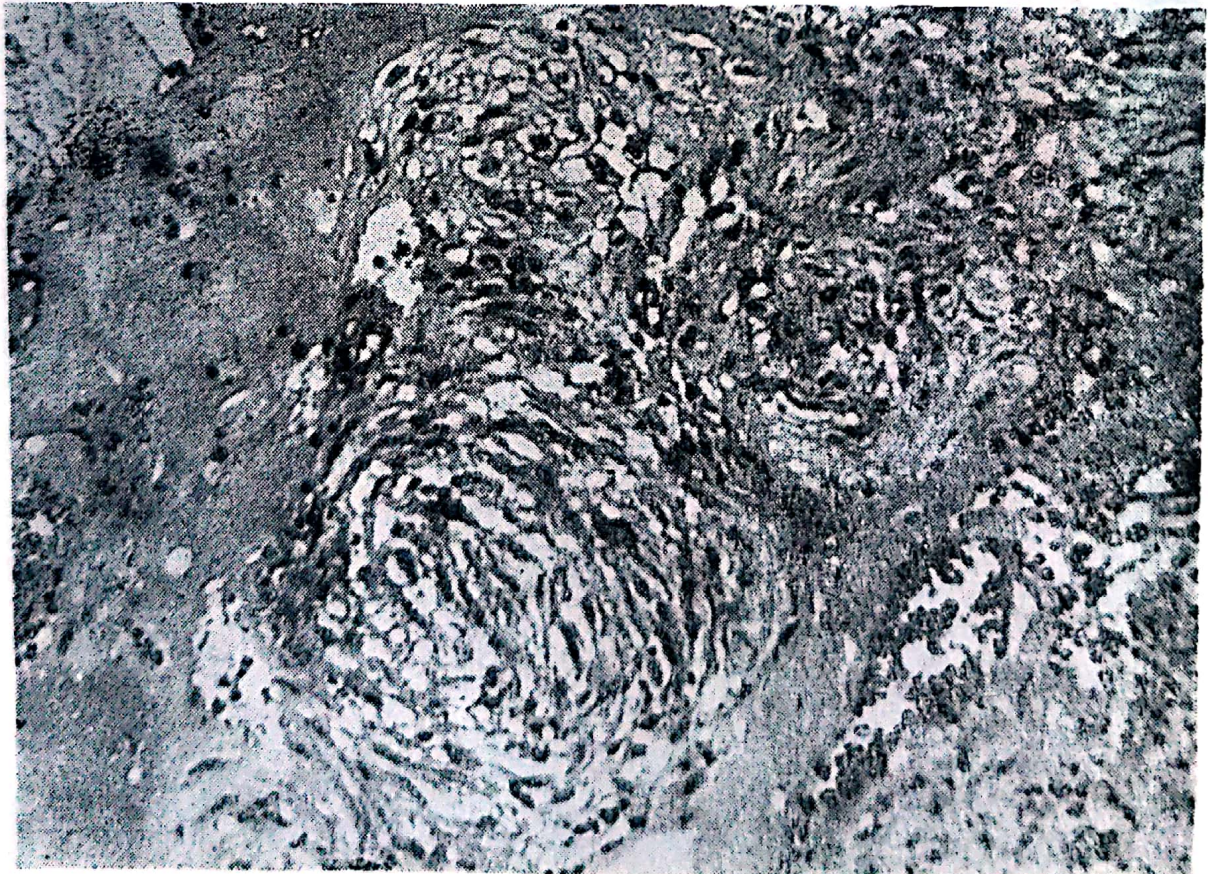


Fig. 5 – x 100, H. E. Mixom al peretelui gastric

Fig. 6 – x 100, H. E. Schwannom gastric (edematos)



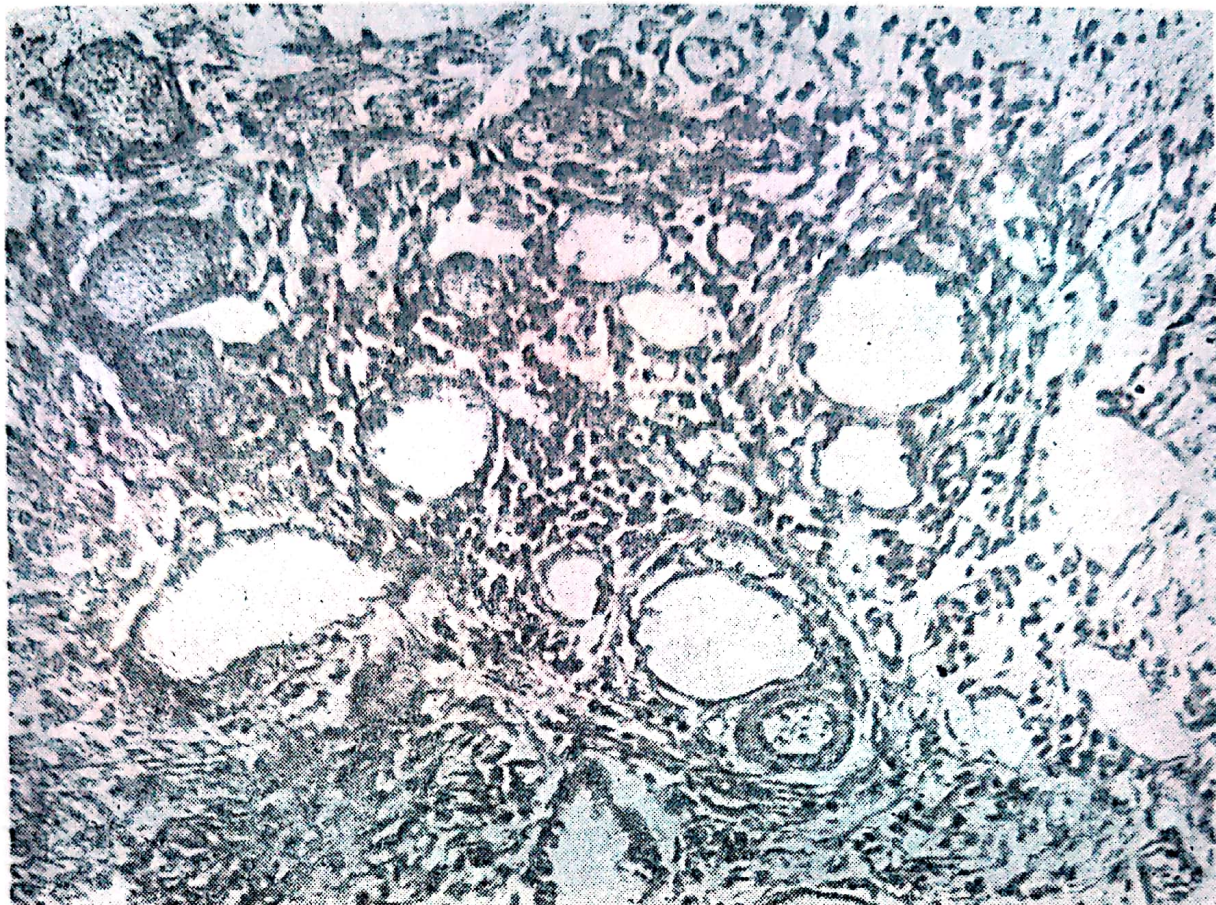
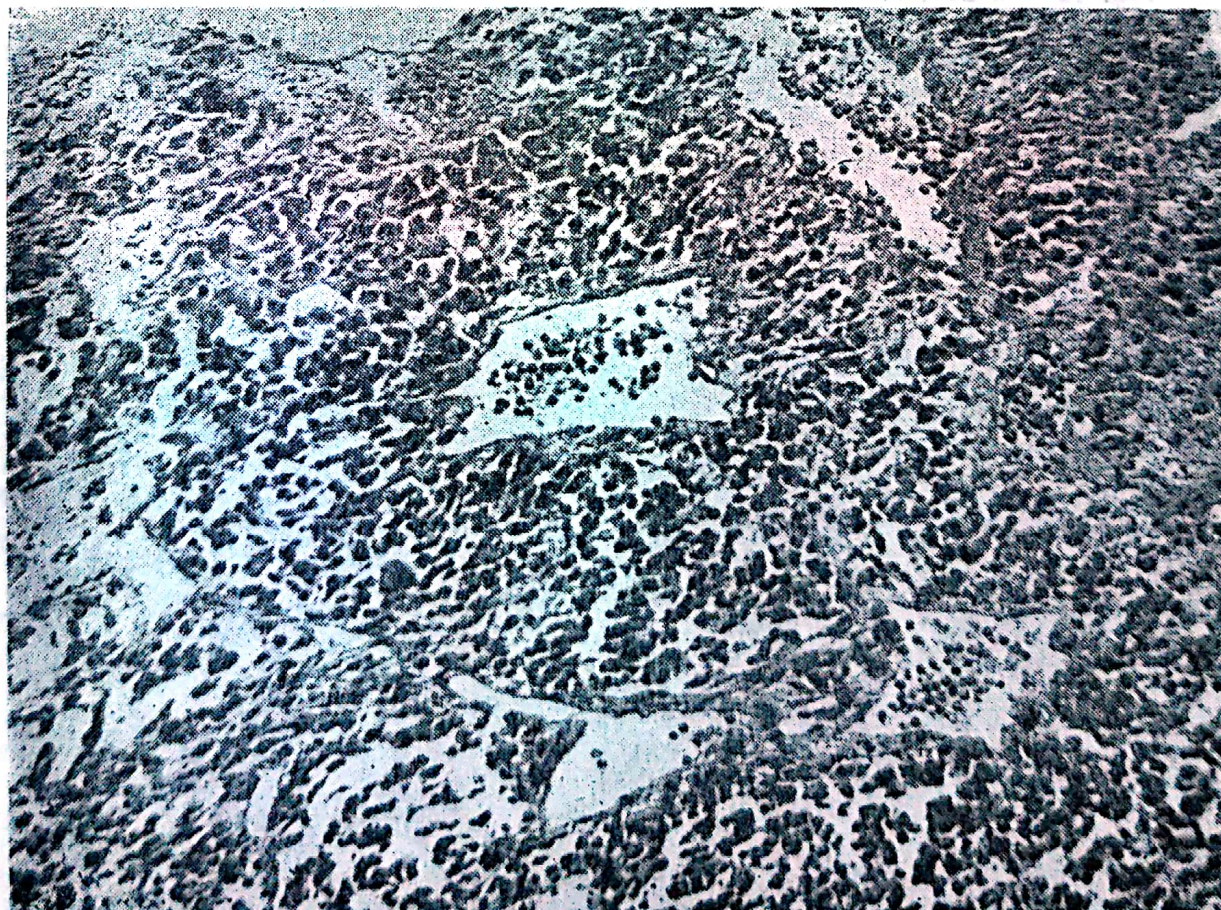


Fig. 7 – x 100, H. E. Hemangiom – perete gastric

Fig. 8 – x 100, H. E. Hemangiopericitom de epiploon



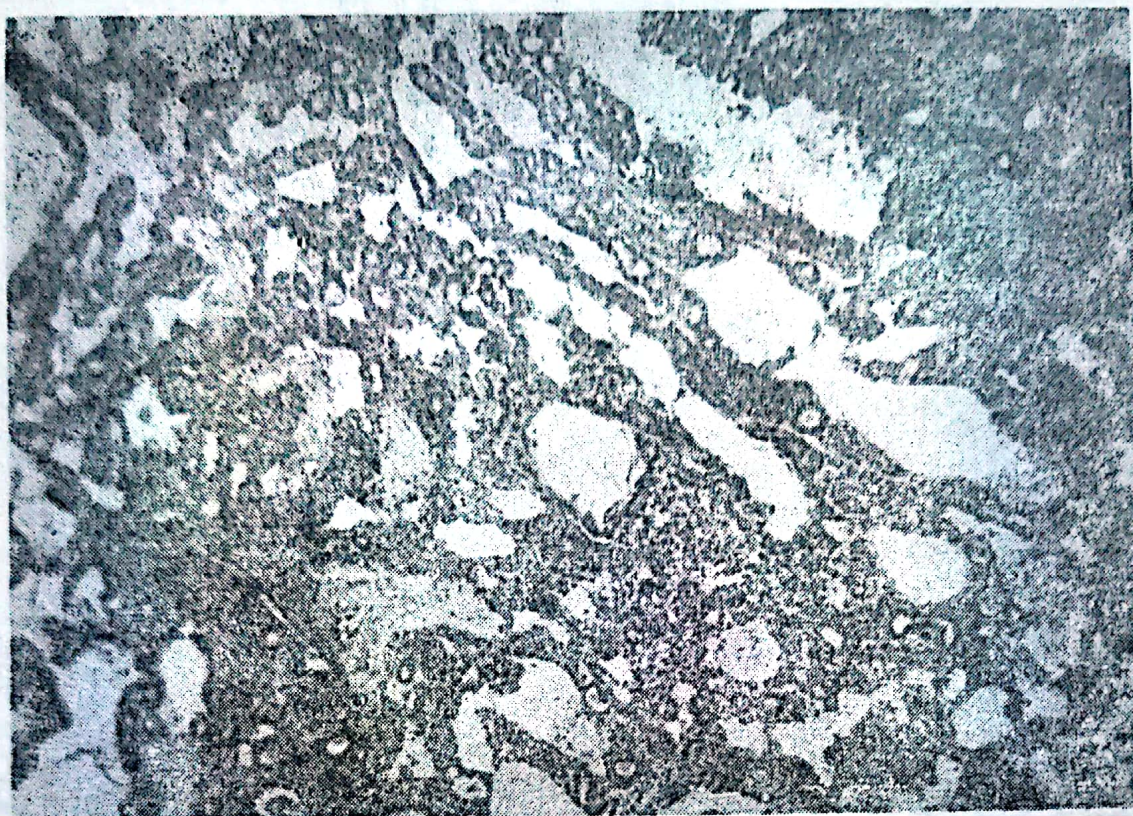
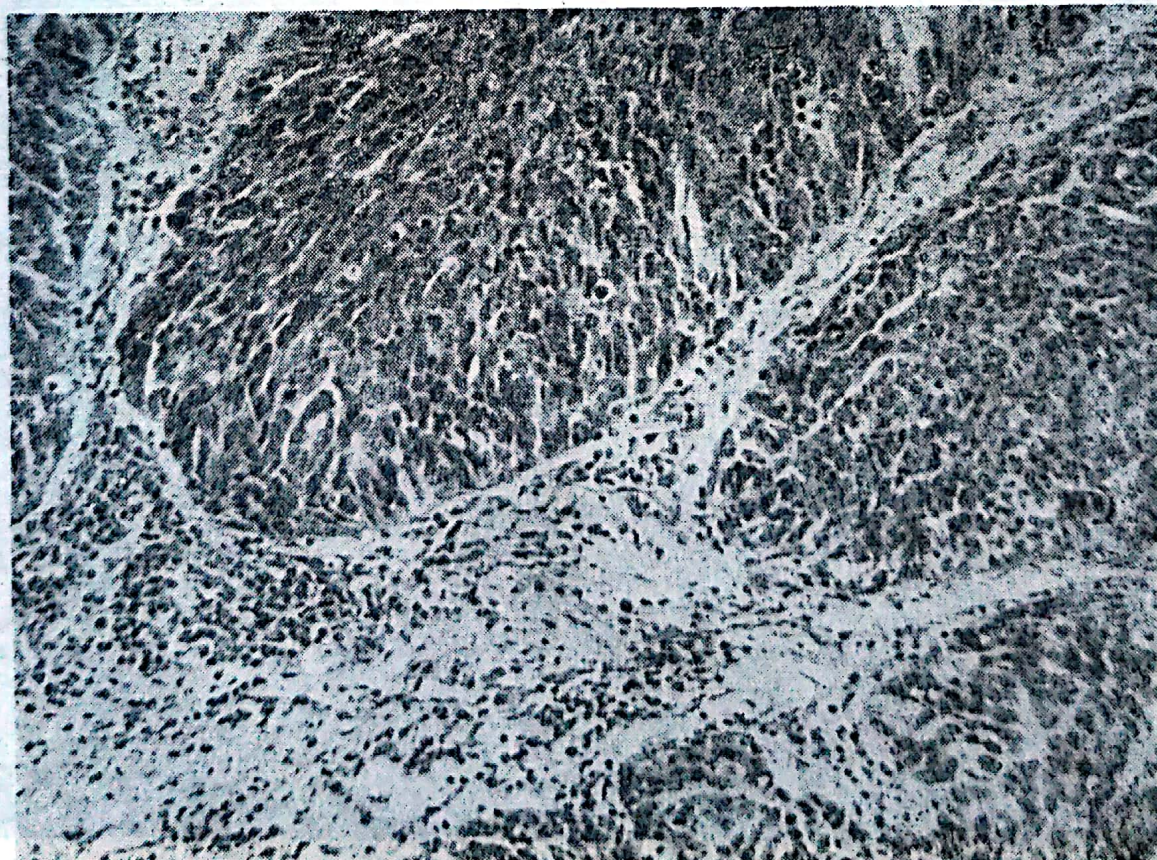


Fig. 9 - x 100, H. E. Tumoră glomică de stomac

Fig. 10 - x 200, H. E. Carcinom epidemoid slab diferențiat al esofagului



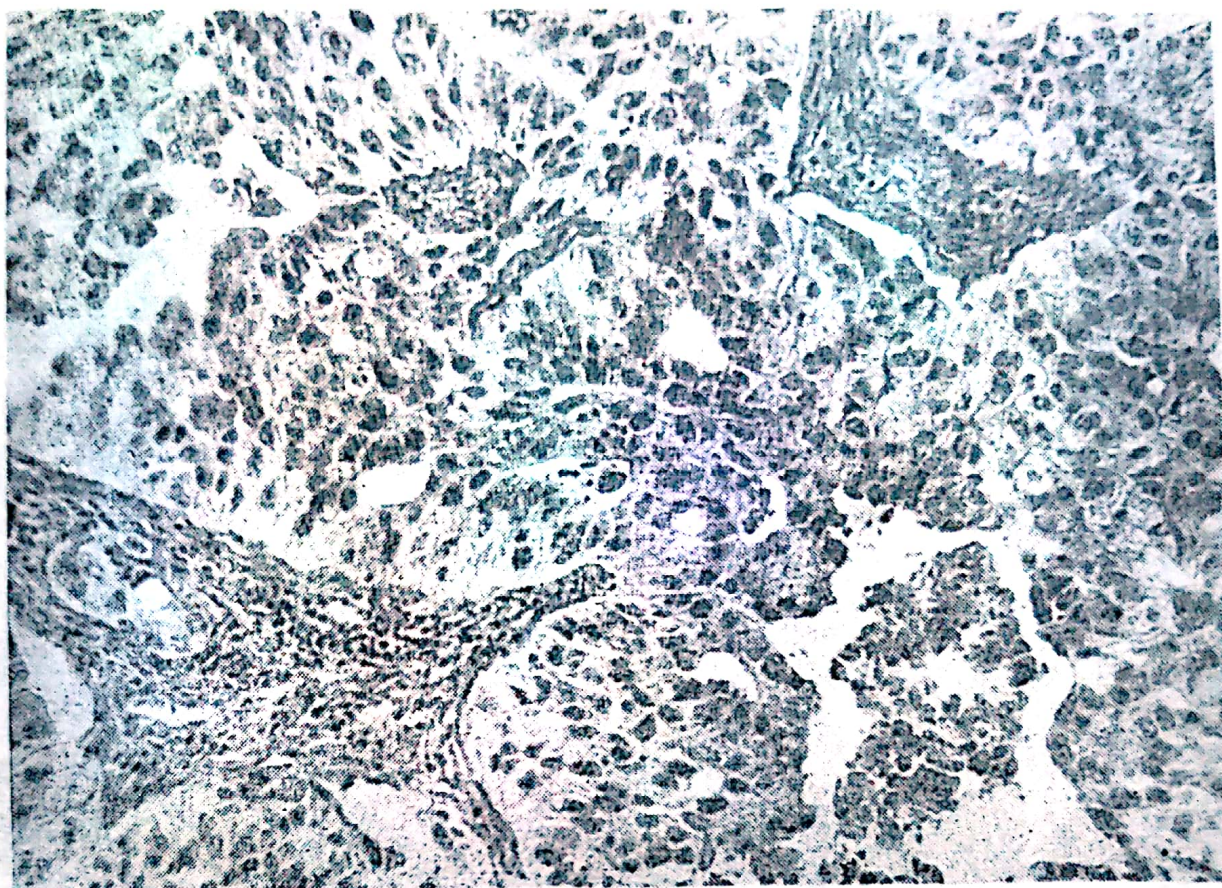
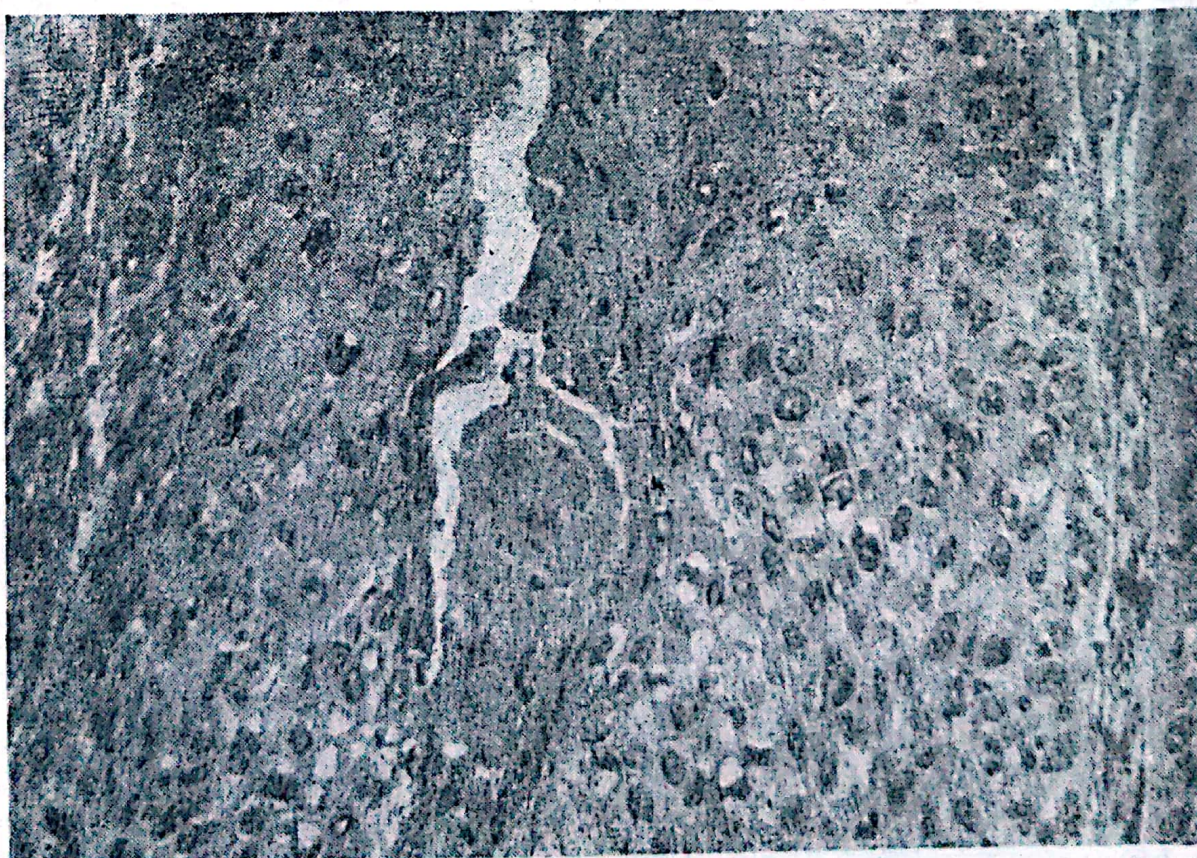


Fig. 11 – x 100, H. E. Carcinom epidemoid moderat diferențiat al esofagului

Fig. 12 – x 200, H. E. Carcinom epidemoid bine diferențiat al esofagului



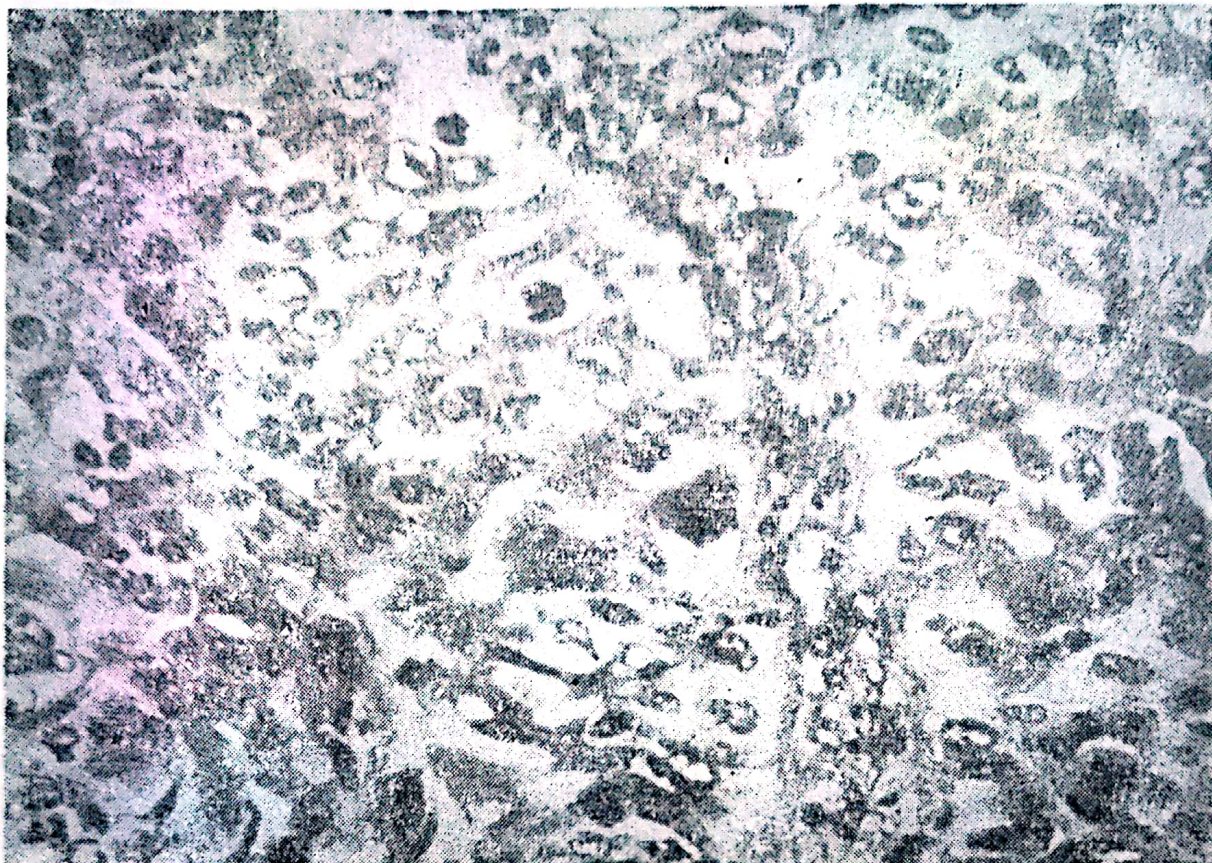
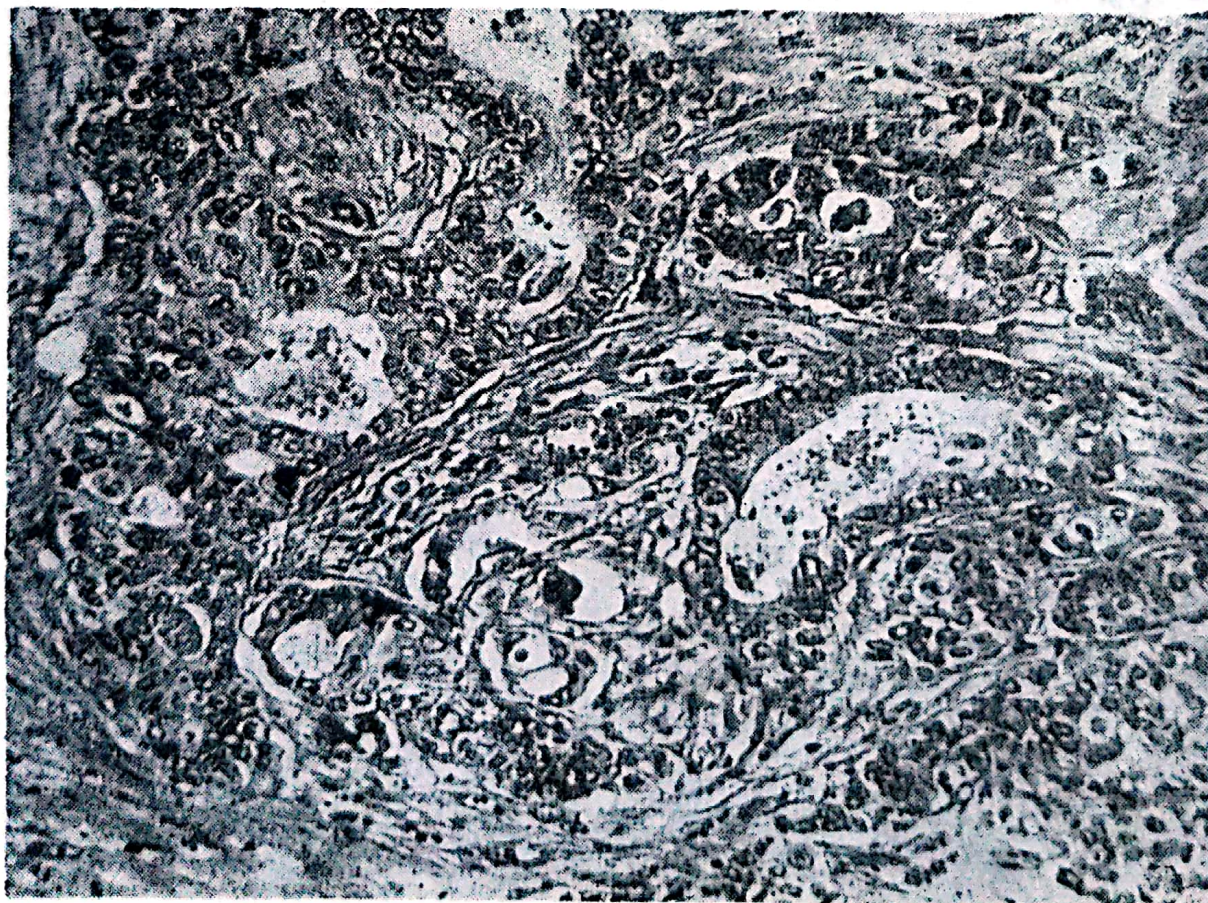


Fig. 13 – x 100, H. E. Polip anal malignizat

Fig. 14 – x 100, H. E. Adenocarcinom al pasajului esogastric



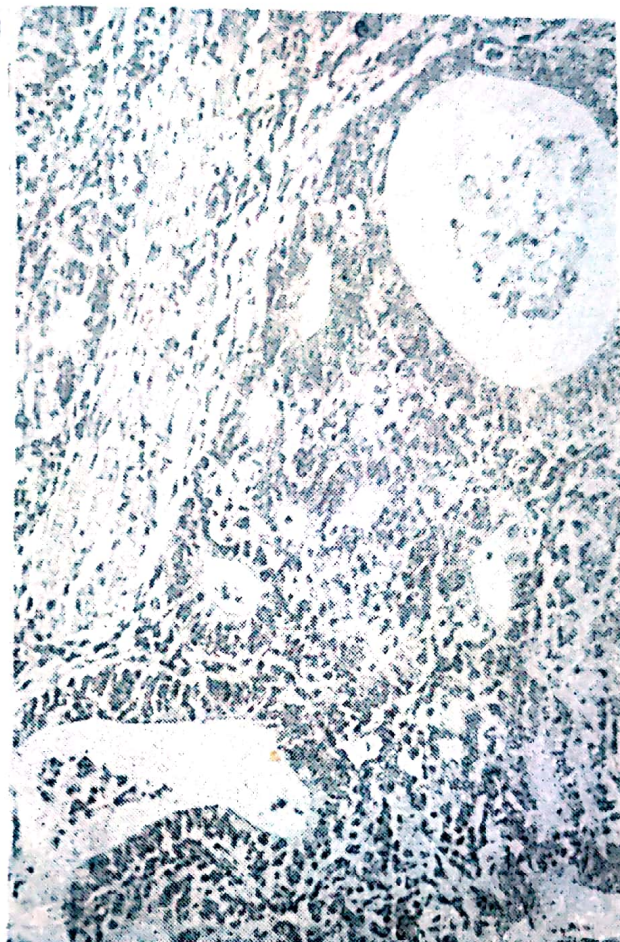
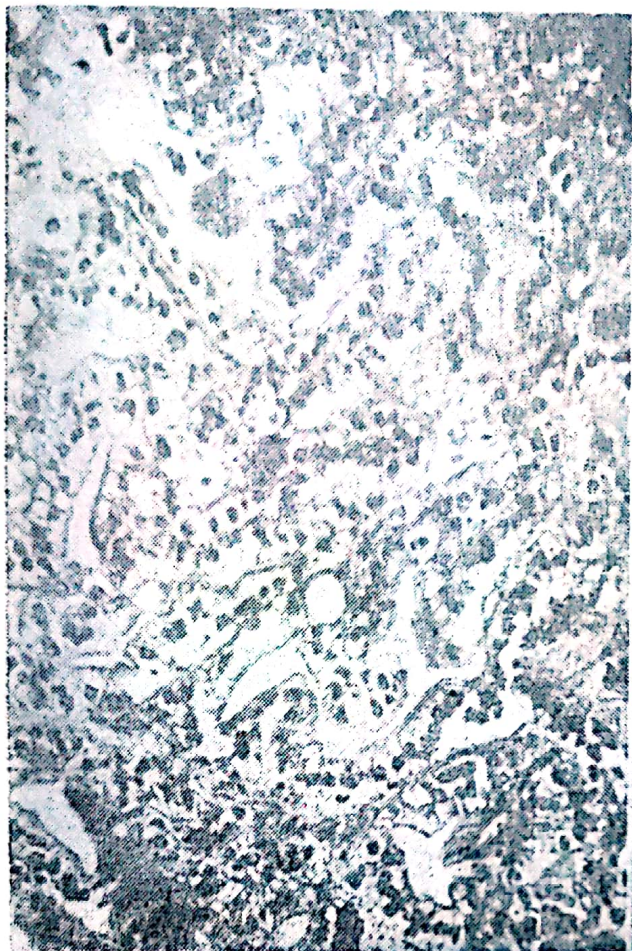
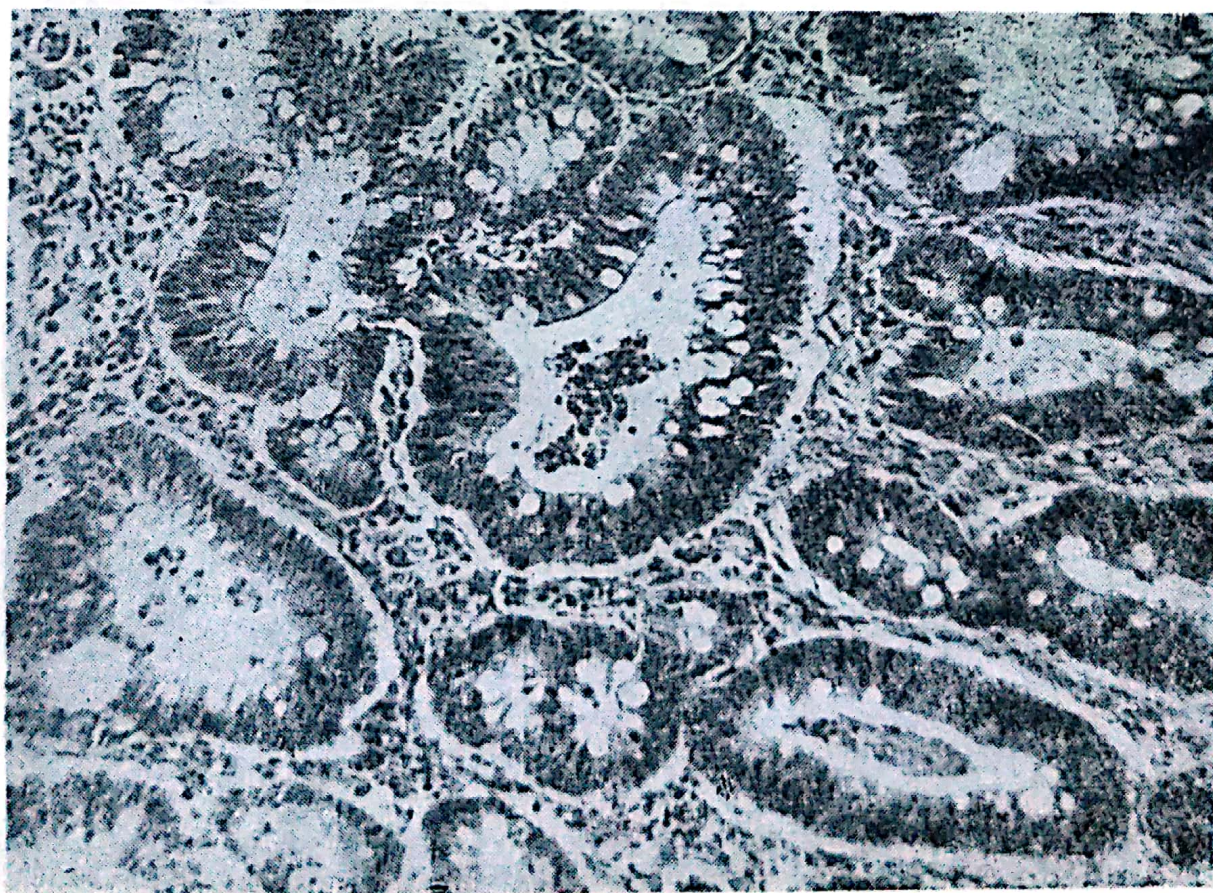


Fig. 15 – x 200, H. E. Adenocarcinom gastric

Fig. 16 – x 200, H. E. Adenocarcinom rectal



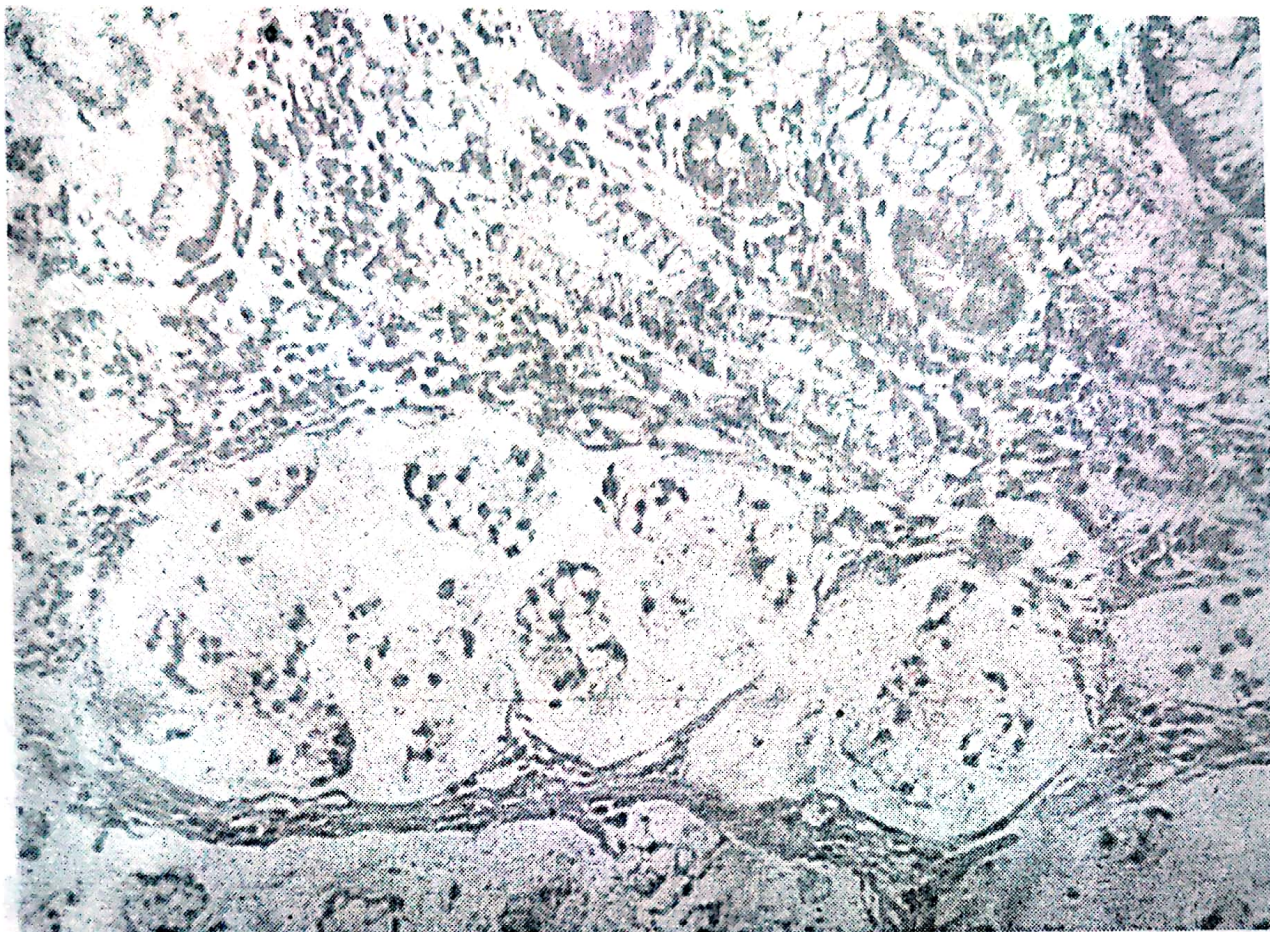
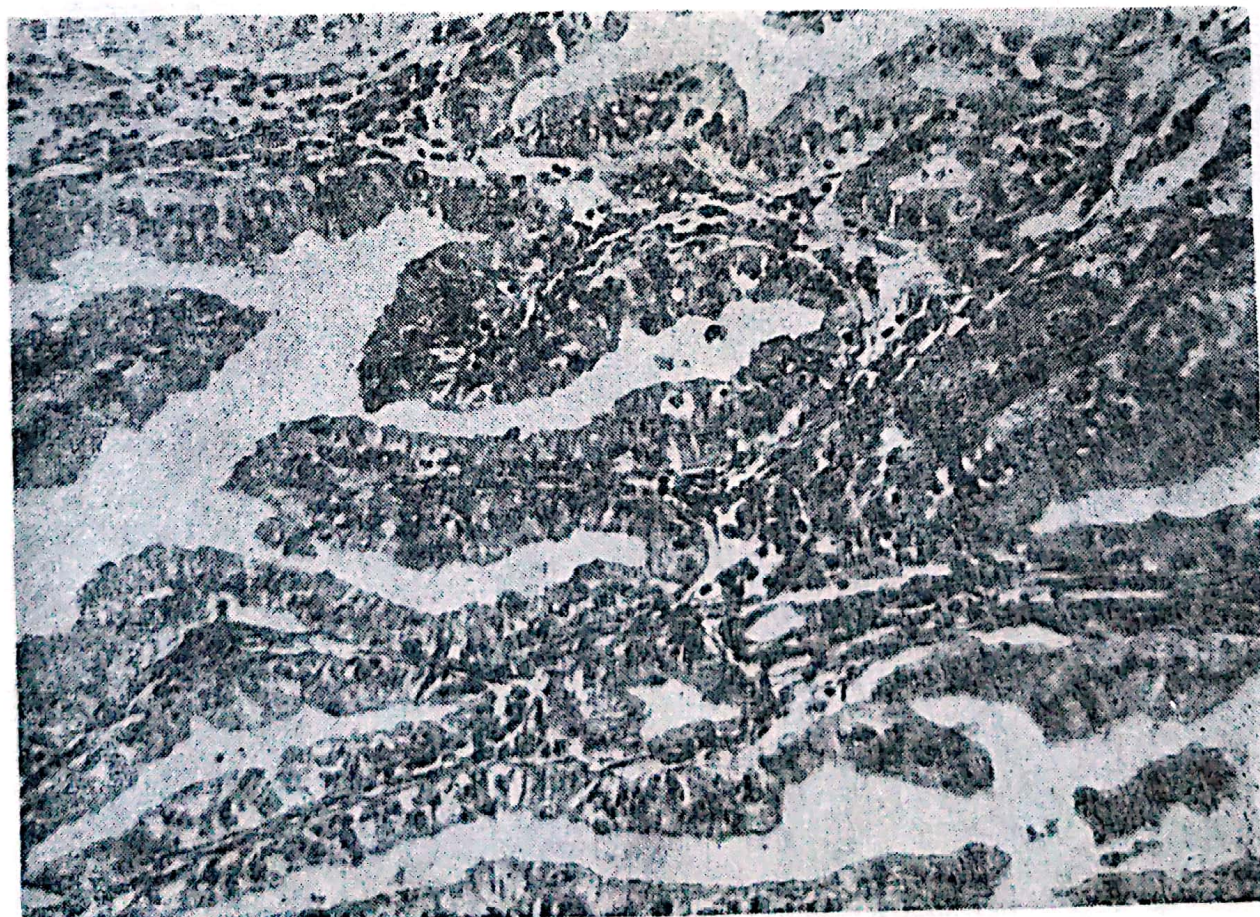


Fig. 17 – x 100, H. E. Carcinom mucipar al intestinului gros

Fig. 18 – x 100, H. E. Carcinom papilifer gastric



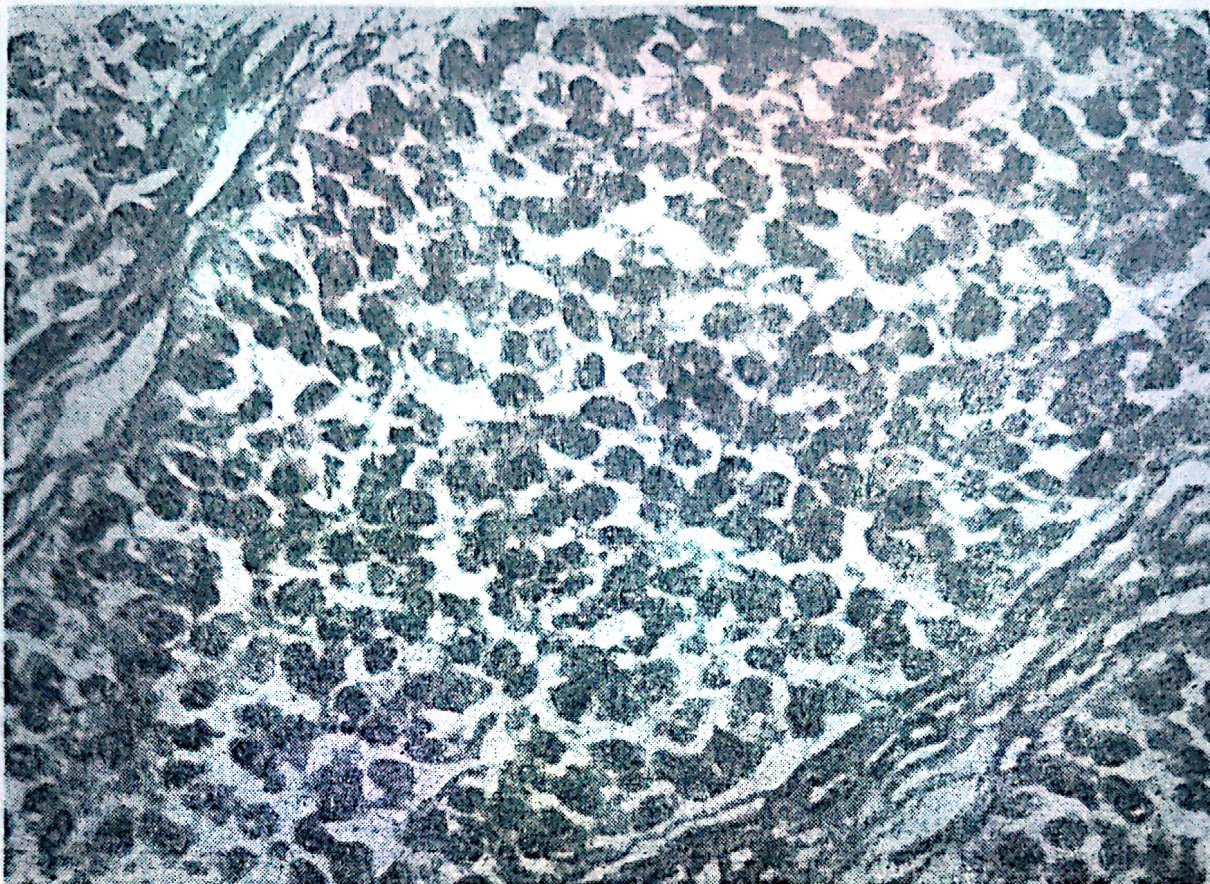
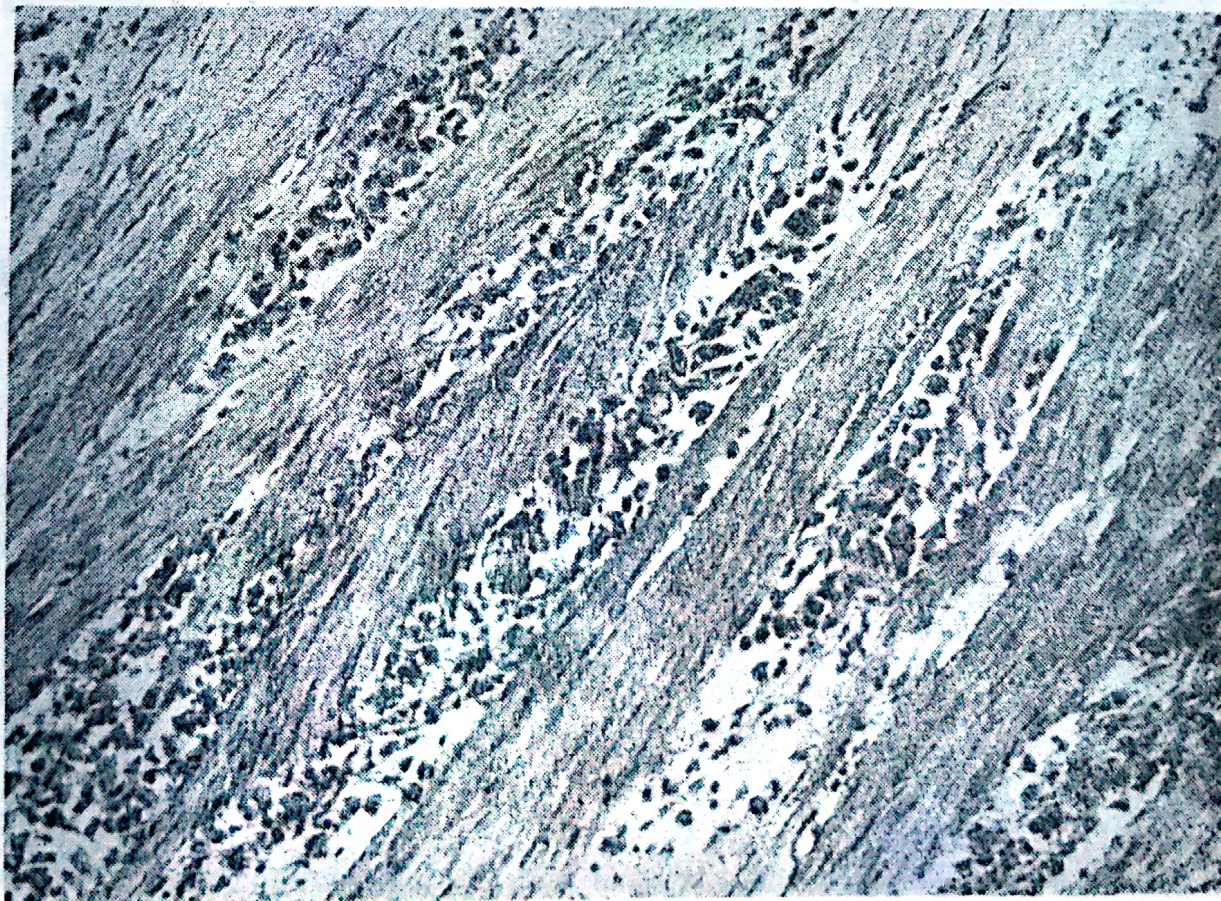


Fig. 19 – x 100, H. E. Carcinom nediferențiat gastric

Fig. 20 – x 100, H. E. Linita plastică (carcinom fibros)



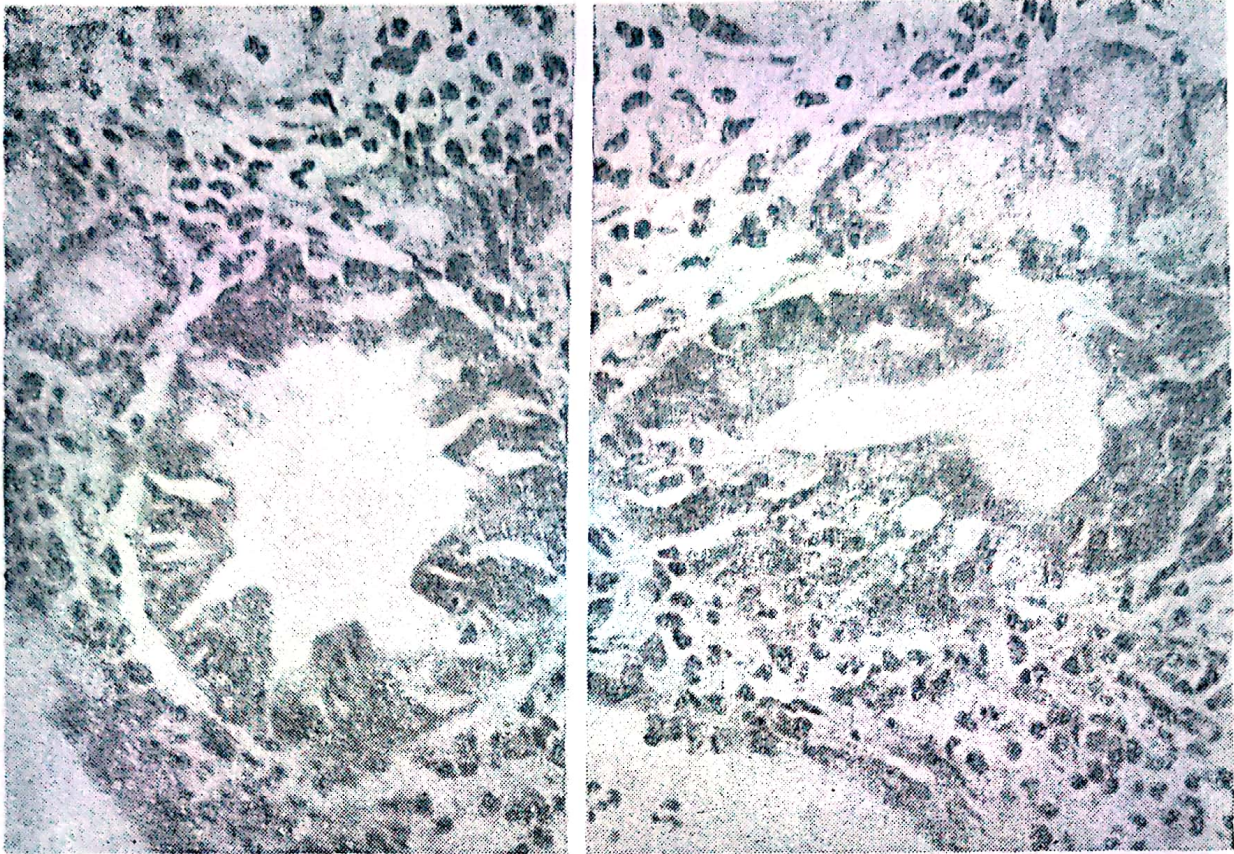
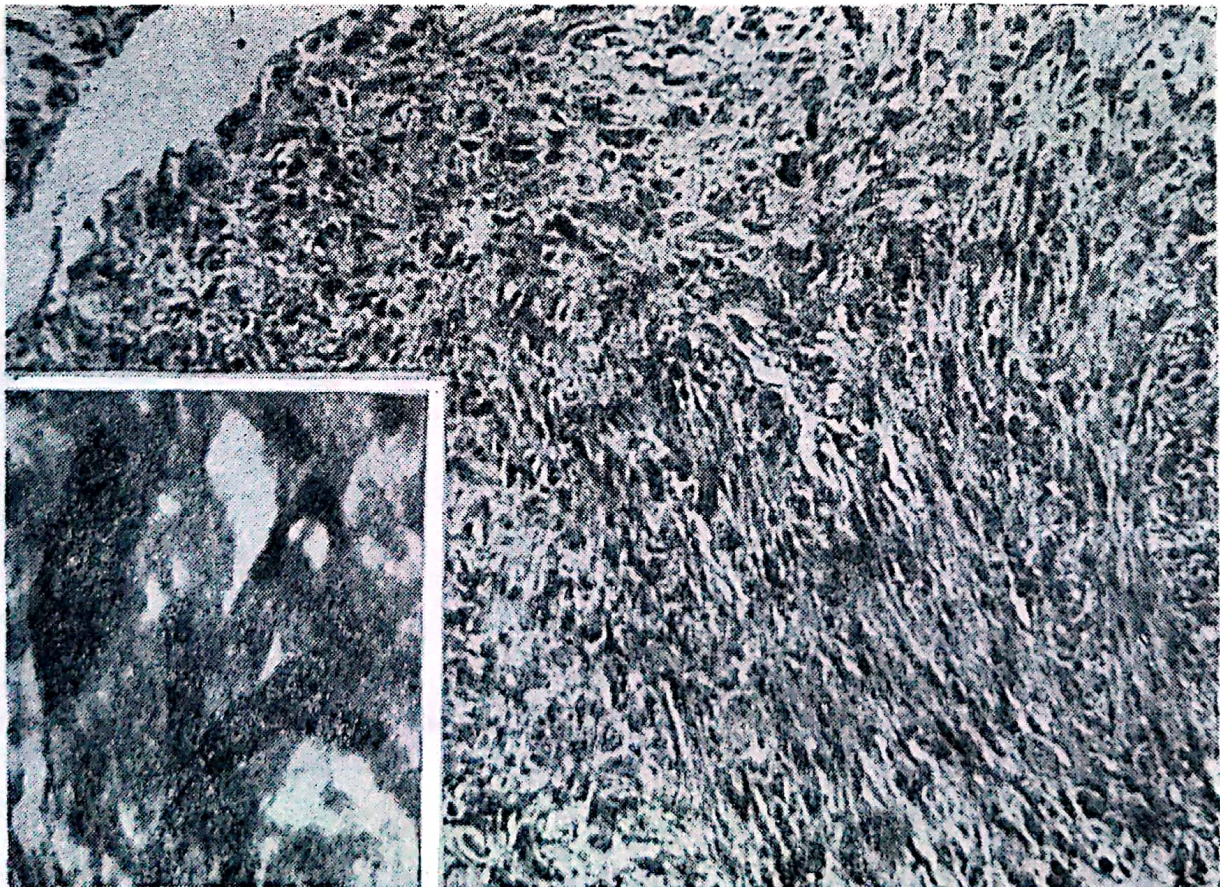


Fig. 21 - x 100, H. E. Carcinom gastric „in situ“

Fig. 22 - x 100, H. E. Fibrosarcom gastric



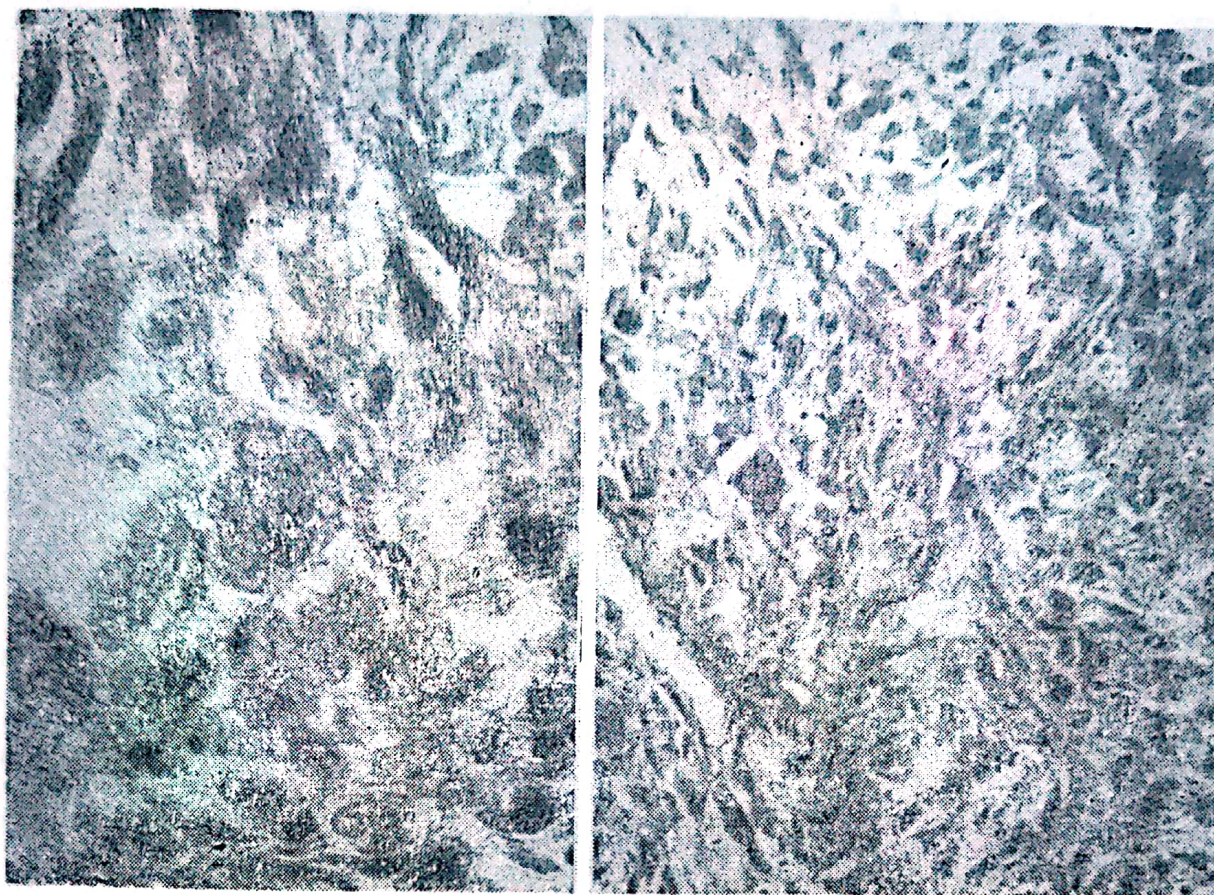
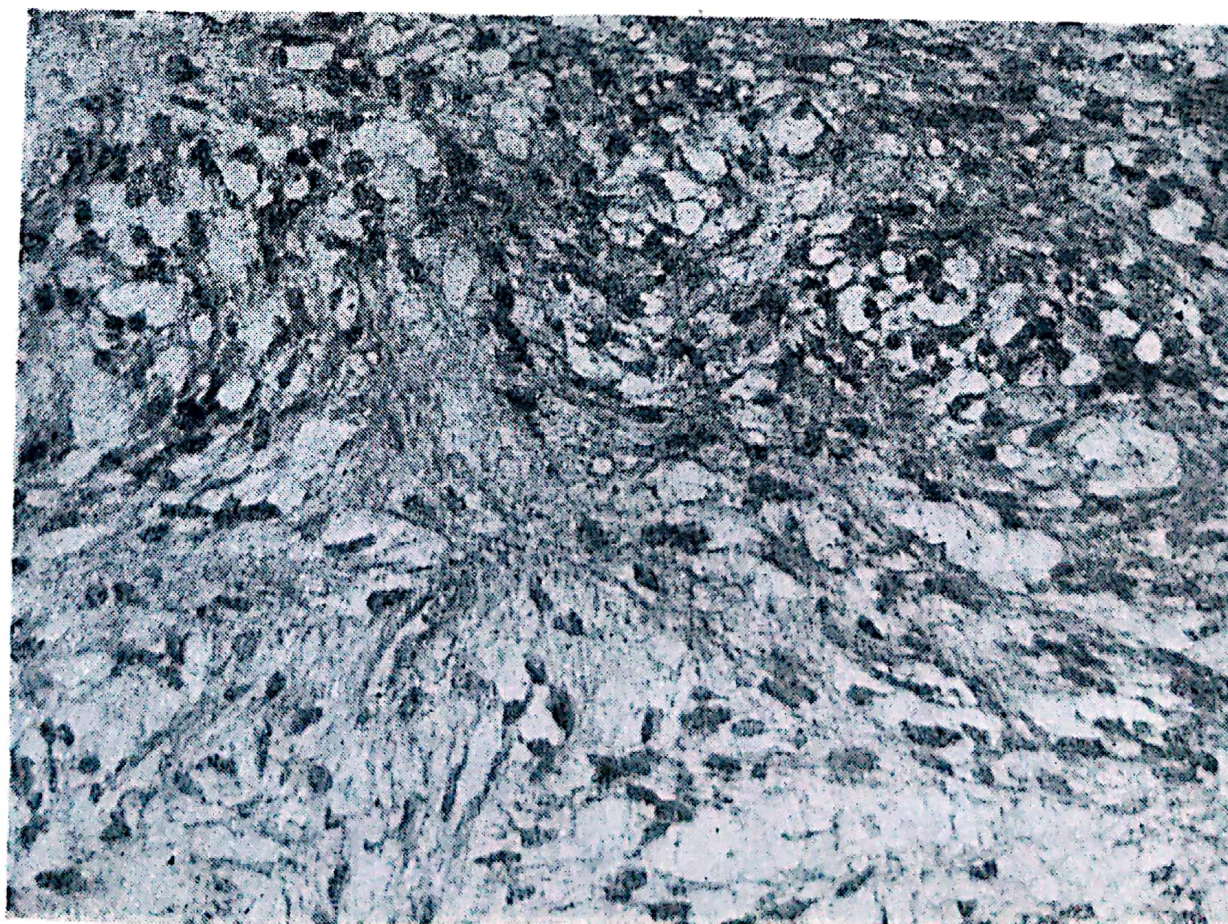


Fig. 23 – x 100, x 200, H. E. Rabdomiosarcom gastric

Fig. 23 – x 100, x 200, H. E. Rabdomiosarcom gastric



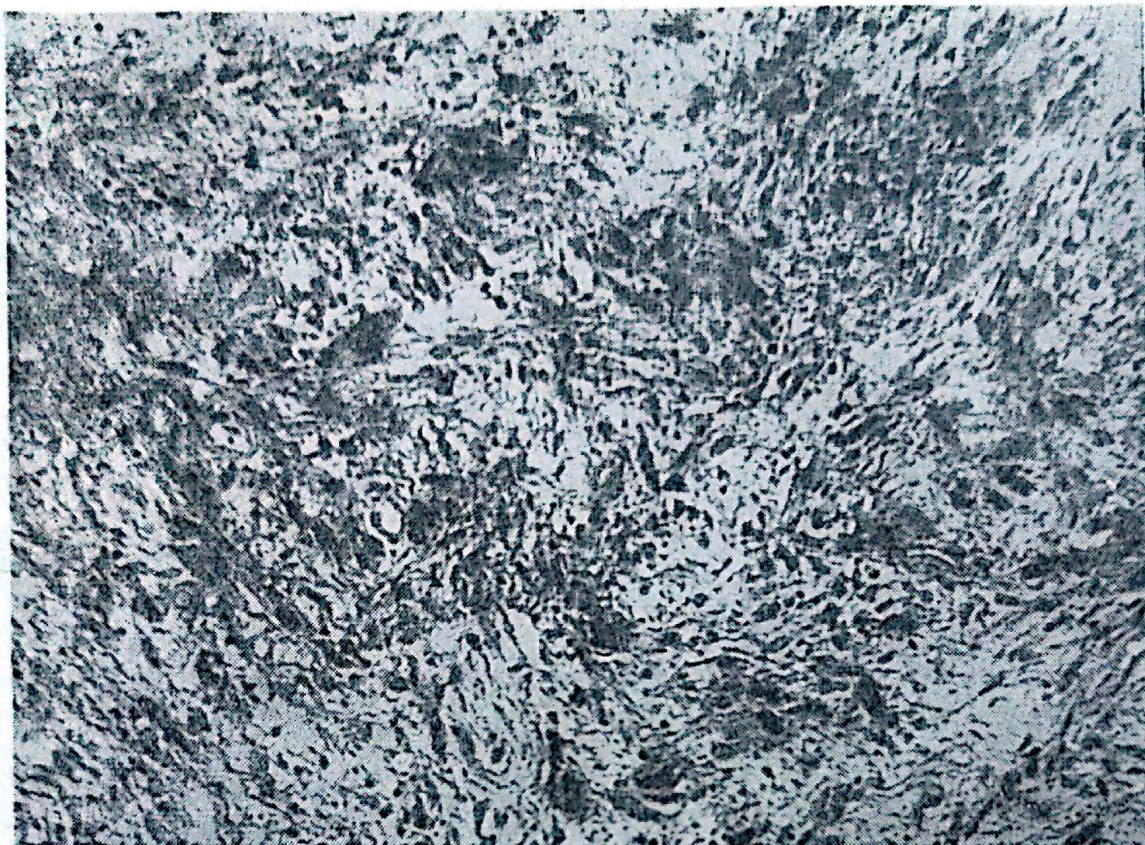
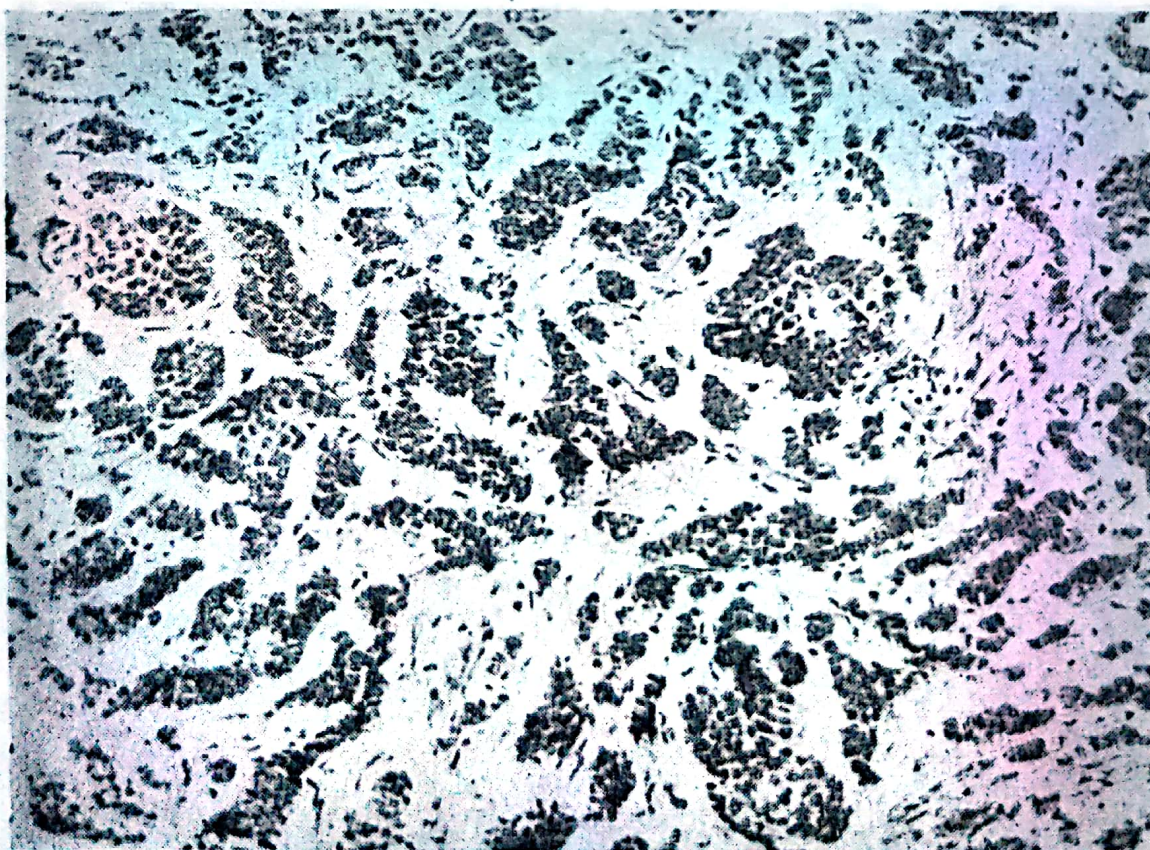


Fig. 25 — x 100, H. E. Schwannom malign al unghiului duodeno-jejunal

Fig. 26 — x 100, H. E. Carcinoid apendicular



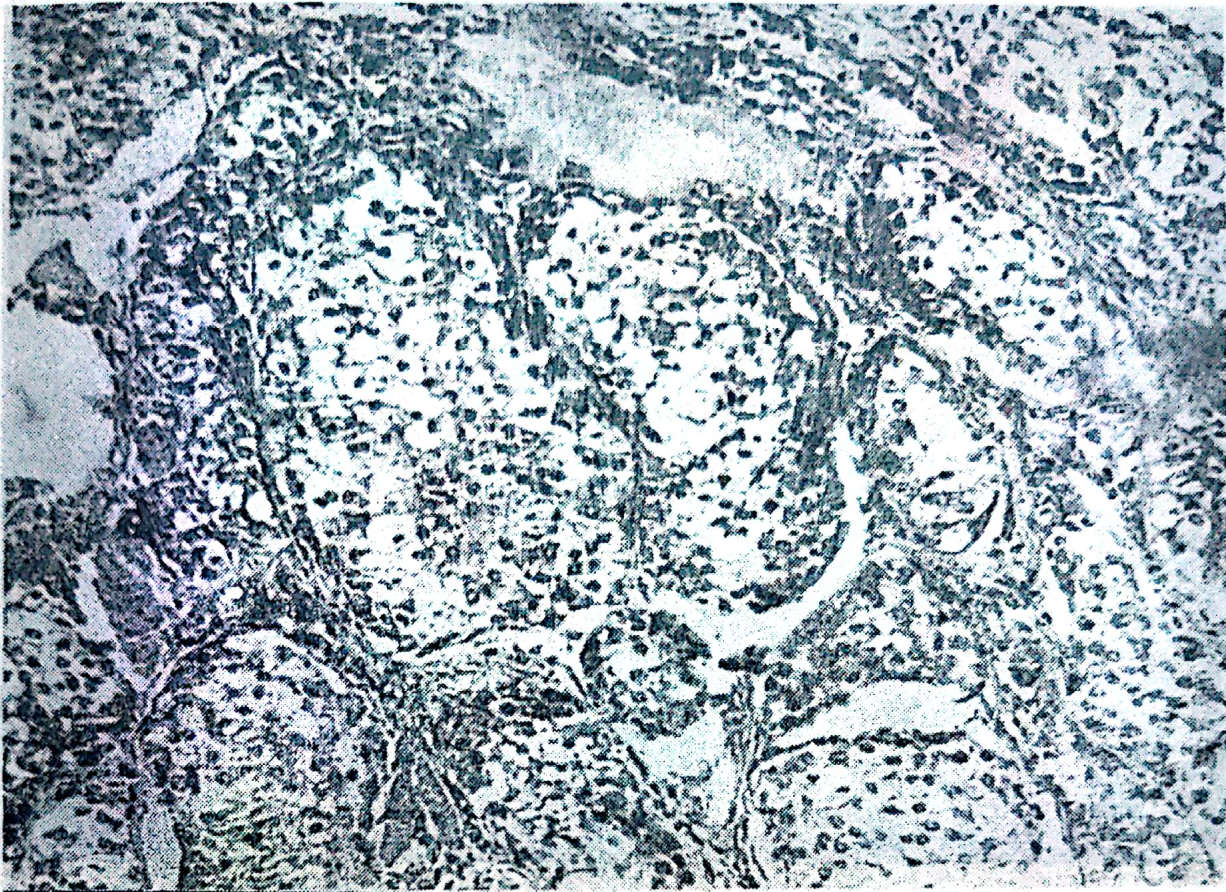
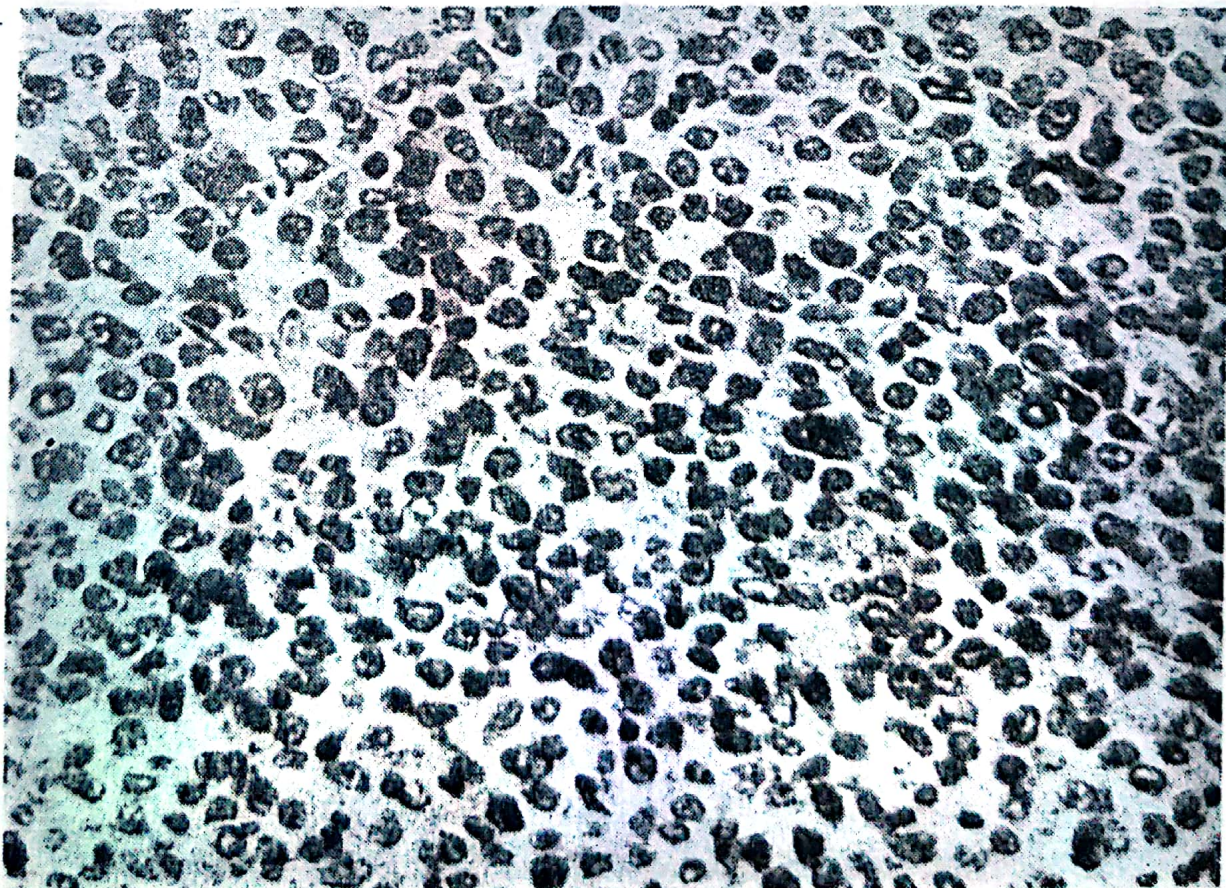


Fig. 27 – x 100, H. E. Carcinoid de intestin subțire

Fig. 28 – x 100 H. E. Limfom malign nehodgkinian gastric



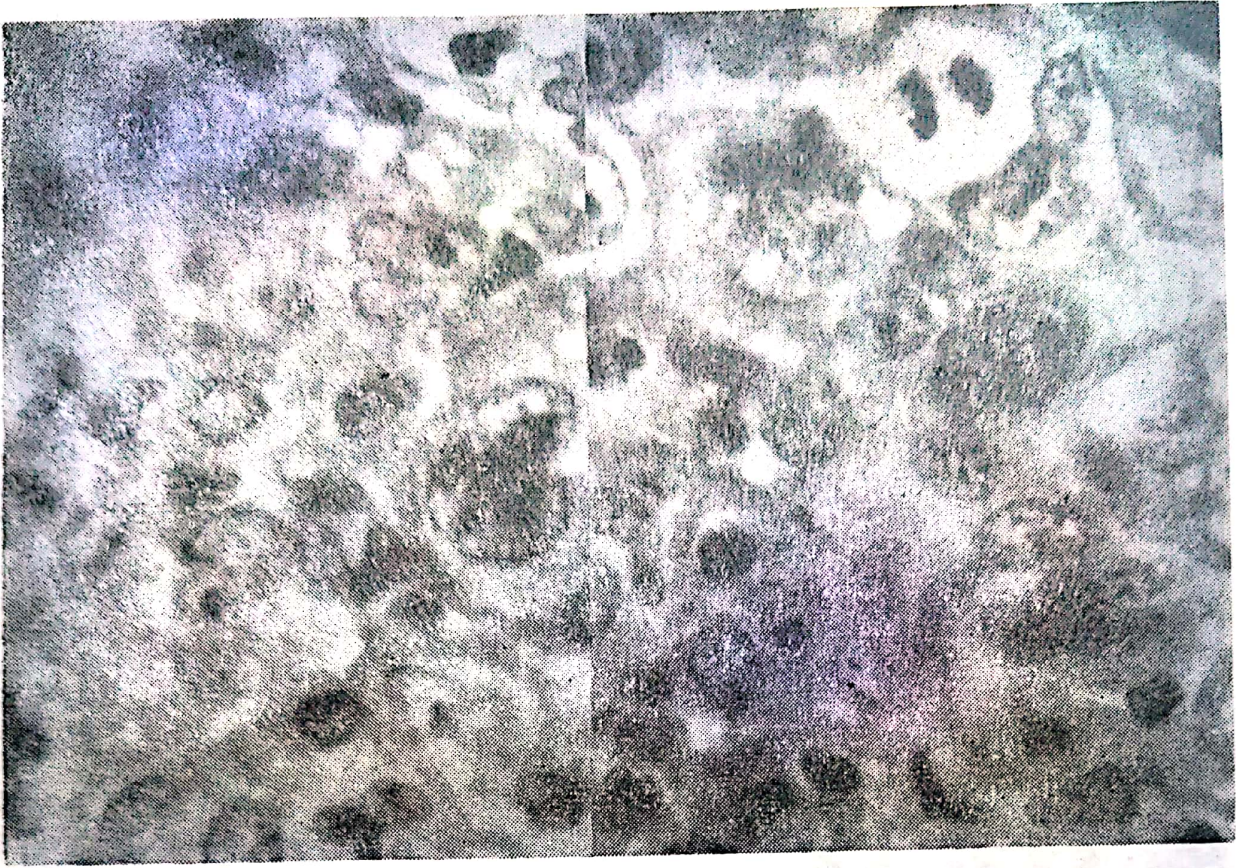
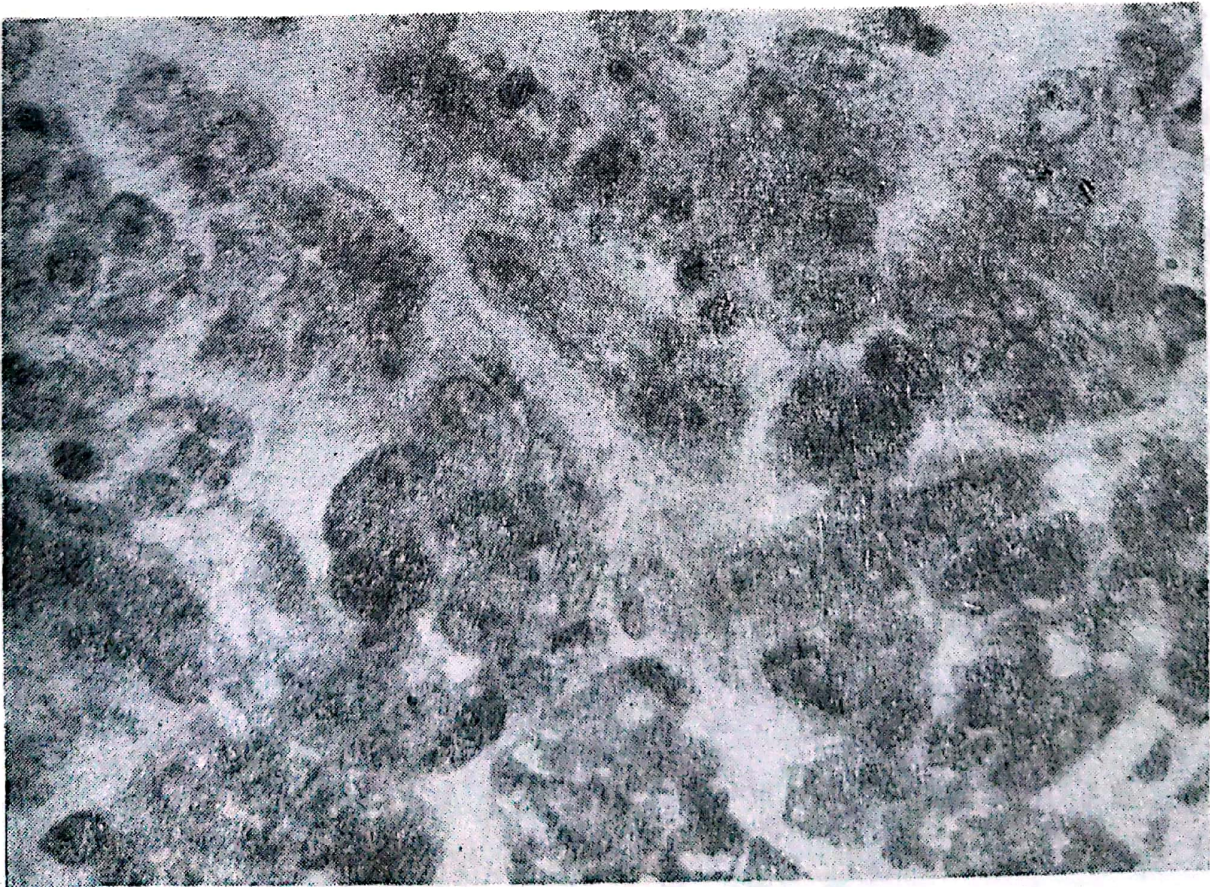


Fig. 29 - x 100, H. E. Limfom Hodgkin gastric

Fig. 30 - x 200, H. E. Melanom malign gastric



III-V

TUMORILE GLANDELOR ANEXE ALE TUBULUI DIGESTIV ȘI ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

(pancreas, vezicula biliară, căi biliare extrahepatice)

BALAN RODICA

III. — TUMORILE PANCREASULUI EXOCRIN

III. A. TUMORI BENIGNE

A. 1. — TUMORI EPITELIALE

- a — cistadenom
- b — adenom

A. 2. — TUMORI CONJUNCTIVE

- leiomiom
- neurofibrom
- hemangiom
- limfangiom

III. B. TUMORI MALIGNE PRIMARE

B. 1. — TUMORI EPITELIALE — CARCINOAME :

- carcinom cilindric — pseudoacinos
- tubular
- cistopapilar
- trabeculoalveolar

- carcinom mucipar
- carcinom epidemoid
- carcinom pseudosarcomatos

B. 2. — TUMORI CONJUNCTIVE — SARCOAME :

- leiomiosarcom
- fibrosarcom
- angiosarcom

III. C. TUMORI MALIGNNE SECUNDARE

IV. – TUMORILE PANCREASULUI ENDOCRIN (TUMORI INSULARE)

IV. A. ADENOAME ȘI ADENOCARCINOAME

- b. – cu celule alfa cu hipersecreție de insulină și hipoglicemie
- a. – cu celule beta cu hipersecreție gastrică, ulcere multiple gastro-duodenale (sindrom Zollinger Ellison).

III. A. — Tumori benigne pancreatice

A. 1. a. — Cistadenomul

Frecvență: Cuelen găsește, în statisticile clinicii Mayo (cit. Delarue 1969), un număr de 44 de cistadenoame pancreatice pe 2.400.000 de bolnavi internați; dintre acestea, 11 au fost găsite la necropsie, iar 33 la intervenția chirurgicală. Tumora este preponderentă la sexul masculin.

Macroscopie: cistadenomul are volum variabil, uneori poate atinge dimensiuni considerabile, este o tumoră netedă sau vegetantă, cu aspect multilocular pe suprafața de secțiune. Caracterul multilocular este dat de juxtapunerea unor chiști cu conținut seros sau mucos (după tipul de înveliș) și/sau hemoragic. Cantitățile sînt delimitate de un țesut conjunctiv lax bogat în vase.

Microscopie: învelișul formațiunilor chistice este alcătuit din celule turtite, cubice sau cilindrice, cu nucleul situat bazal. Celulele secretă o substanță mucicarminofilă, realizînd aspectul de cistadenom mucos.

Evoluție: în 40% din cazuri tumora se poate maligniza, sub aspectul unui carcinom cistopapilifer.

A. 1. b. — Adenomul pancreatic

Frecvență: au fost publicate 4 cazuri, într-un interval de 50 ani.

Macroscopie: tumoră solidă, netedă, imitînd aspectul țesutului pancreatic din jur; tumora este discret delimitată.

Microscopie: se poate prezenta sub două aspecte:
— adenoame tubulare cu punct de plecare în canaliculii pancreatici;



— adenoame acinoase alcătuite din proliferarea hiperplazică a elementelor glandulare exocrine.

A. 2. — Alte tumori benigne pancreatice

În mod cu totul excepțional sînt citate la acest nivel : tumori mixte, chiști dermoizi, leiomiomul, neurofibromul, hemangiomul, limfangiomul, fără deosebire macro-microscopică de alte localizări ale acestor tumori.

III. B. — Tumori maligne ale pancreasului exocrin

B. 1. — Carcinoame

Frecvență : carcinoamele pancreasului exocrin reprezintă 1—2% din toate neoplaziile și 6% din neoplasmale abdominale.

Localizare : 80% din aceste tumori se localizează la nivelul capului pancreatic.

Date clinice : este tumora vîrstei adulte, între 40—60 ani și are, ca manifestări clinice de bază, icterul mecanic și flebitele migratorii.

Macroscopie : se descriu două varietăți :

— forma schiroasă (organul este dur, infiltrat, scleros, mărit în totalitate, fără lobulație, se confundă cu pancreatita cronică) ;

— forma encefaloidă (tumora este cărnoasă, moale, slab delimitată, cu zone ramolite pseudochistice, cu conținut gleros).

Microscopie : carcinomul pancreatic poate avea următoarele forme :

— carcinom cilindric cu dispoziție pseudo-acinoasă, cisto-papilară, tubulară sau trabeculo-veziculară ;

— carcinom pseudomucinos, anaplazic, cu celule gigante, uneori cu caracter pseudosarcomatos ;

— carcinom metaplastic epidermoid.

Evoluție : prognostic sever, metastaze pe cale hematică și/sau limfatică.



B. 2. — Sarcoame

Localizare și frecvență : tumoră excepțională ; se citează 90 de cazuri publicate.

Macroscopie : poate îmbrăca aspect de tumoră infiltrativă sau circumscrișă.

Microscopie : au fost descrise următoarele aspecte histologice : angiosarcom, fibrosarcom, leiomiosarcom.

Evoluție : gravă, prognostic sever.

IV. — Tumorile pancreasului endocrin (tumori insulare)

IV. A. a. — Adenomul insular cu celule beta

Frecvență : se găsesc raportate în literatură aproximativ 300 de cazuri.

Localizare : tumora a fost semnalată în toate segmentele pancreasului.

Sinonime : nesidioblastom, insulinom, adenom langerhansian.

Date clinice : adenomul insular se trădează de obicei prin instalarea unui icter obstructiv sau prin prezența metastazelor. Tumora se însoțește de : tulburări nervoase sau gastrointestinale à jeun ;

glicemie 0,50 gr. ‰ (unda hipoglicemică prelungită în glicemia provocată) ;

amendarea fenomenelor prin administrarea de zahăr per os sau glucoză i.v.

Pentru localizarea tumorii se indică : scintigramă, arteriografie selectivă pe trunchi celiac, tomografia pancreasului cu retro-pneumoperitoneu, splenoportografie.

Macroscopie : tumoră de mici dimensiuni (4 mm — 2 cm), bine delimitată, sferică, încapsulată.

Microscopie : tumora este formată din cordoane celulare anastomozate dense, cu rețea capilară interstițială. Celulele tumorale dețin granulațiile beta și alfa, cu predominanță accentuată a granulațiilor beta. În secțiunea transversală celulele par dispuse în rozetă. Nucleii sînt hipercromi, cu mitoze rare.



Forma malignă a tumorii se distinge foarte greu de forma benignă.

Evoluție : prognostic rezervat, metastaze hepatice și/sau ganglionare loco-regionale, recidive locale.

IV. A. b. — Adenom insular cu celule alfa

Frecvență : pînă în 1968 sînt cunoscute în literatură aproximativ 600 de cazuri. Tumora a fost întîlnită la bărbat în 60,5% din cazuri ; ea nu are preferință de vîrstă, totuși pare să predominie în decadele 4 și 5.

Localizare : se localizează de preferință la nivelul cozii pancreasului.

Date clinice : tumora face parte din triada sindromului Zollinger și Ellison : — adenom insular cu celule alfa ;

— hipergastrinemie (hipersecreție gastrică) ;

— ulcer(e) gastric(e) ; ulcerul ectopic este întîlnit în 25-30% din cazuri ; ulcerele sînt multiple în 10% din observații. La acestea se poate asocia o diaree cronică.

Examenle de laborator precizează existența unei hiperclorhidrii prin producerea în exces a unei substanțe asemeni gastrinei, secretată de celulele pancreatice. Se indică determinarea testului P.S.U. (măsurarea puterii secretogene urinare) și corelația HCL/pepsină în suc gastric.

Macroscopie : adenom izolat sau poliadenom de dimensiuni extrem de reduse ; tumora apare, uneori, sub forma unor microadenoame multiple, cu localizare pancreatică și duodenală.

Microscopie : dezvoltarea anarhică a celulelor alfa din insulele Langerhans. Tumora poate prezenta caractere evolutive maligne, deși este benignă histologic.

Evoluție : prognostic sever, dezvoltare lentă, malignitate certă numai în prezența metastazelor ; cura chirurgicală a ulcerului gastric nu rezolvă sindromul.

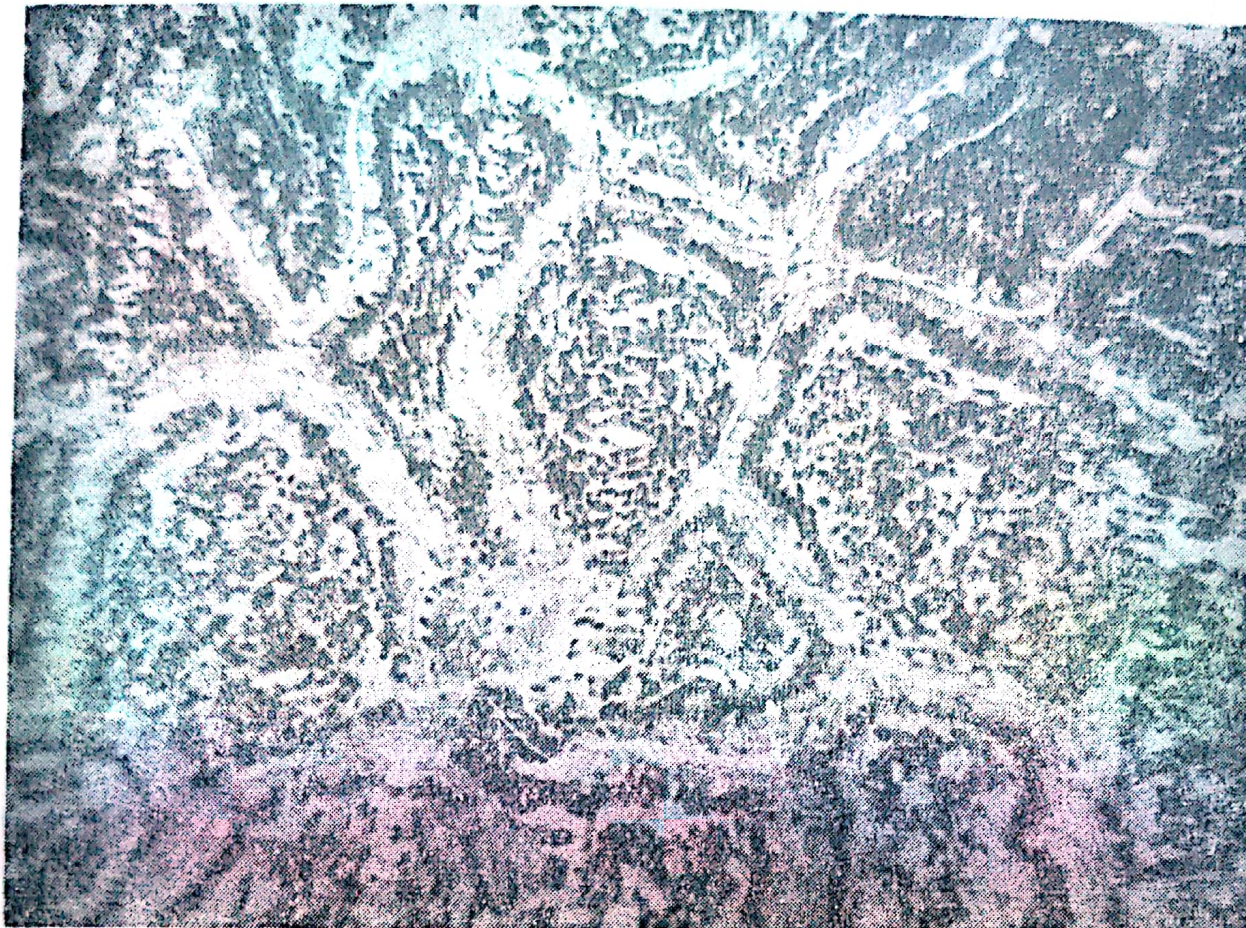
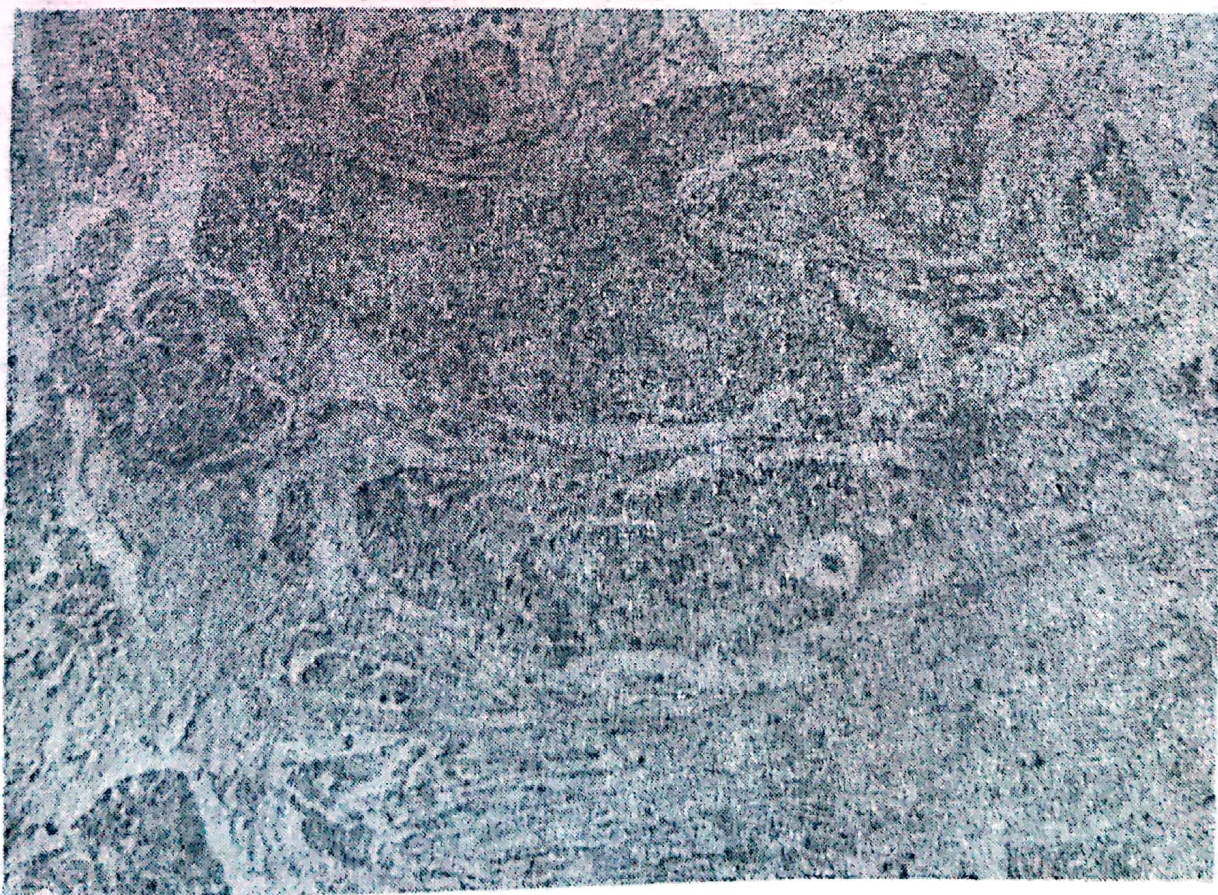


Fig. 31 – x 100, H. E. Adenom al veziculei biliare

Fig. 32 – x 100, H. E. Adenocarcinom al veziculei biliare

Fig. 32 – x 100, H. E. Adenocarcinom al veziculei biliare



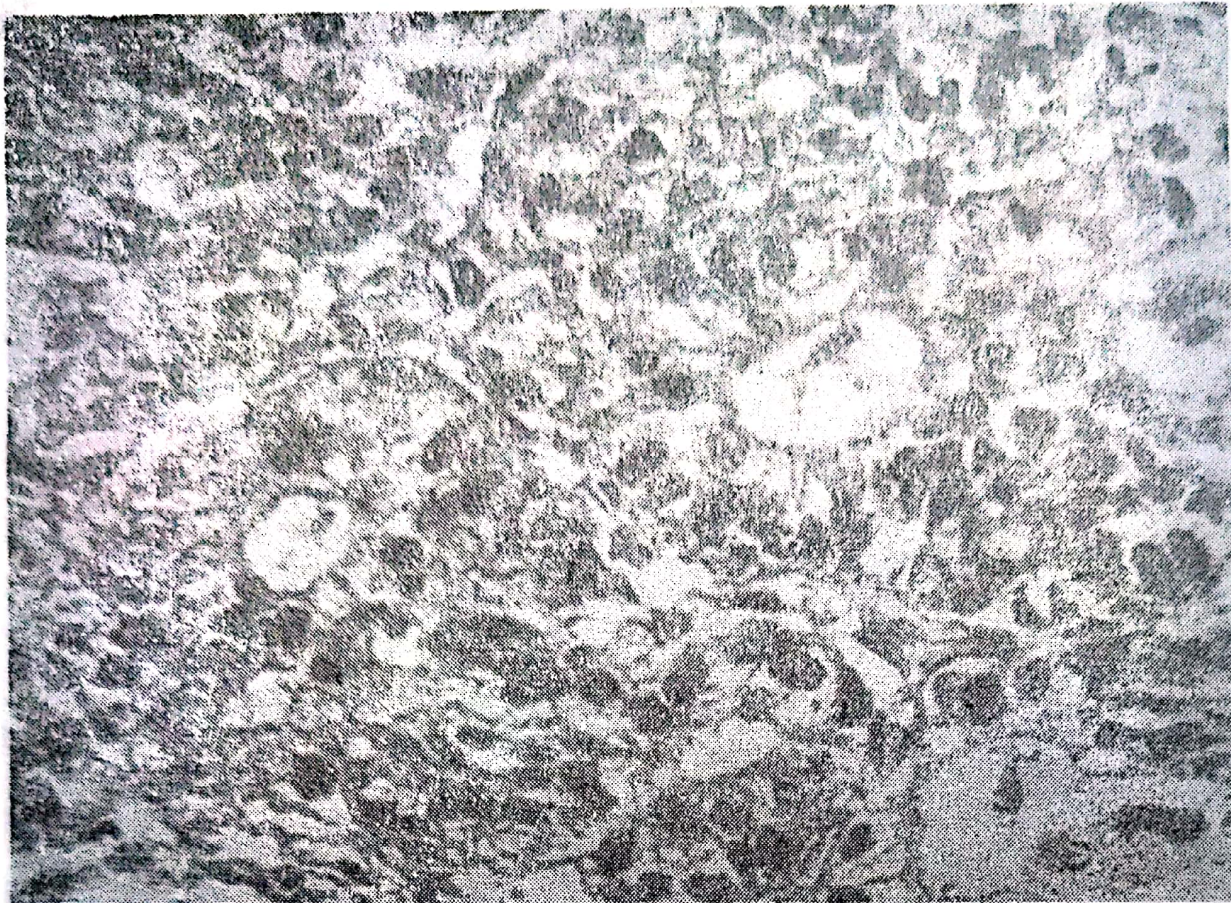
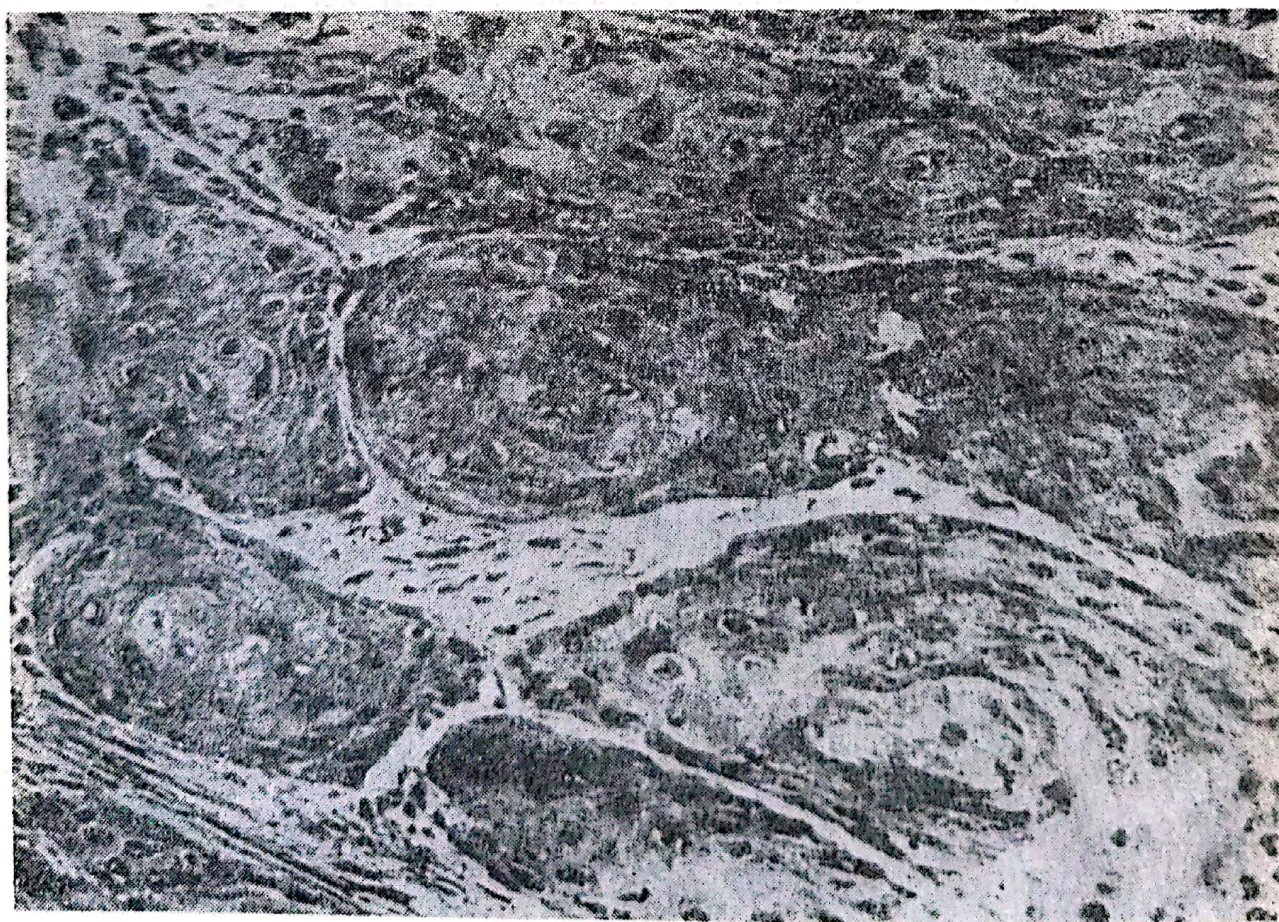


Fig. 33 – x 200, H. E. Adenocarcinom al veziculei biliare

Fig. 34 – x 100, H. E. Carcinom epidermoid bine diferențiat al veziculei biliare



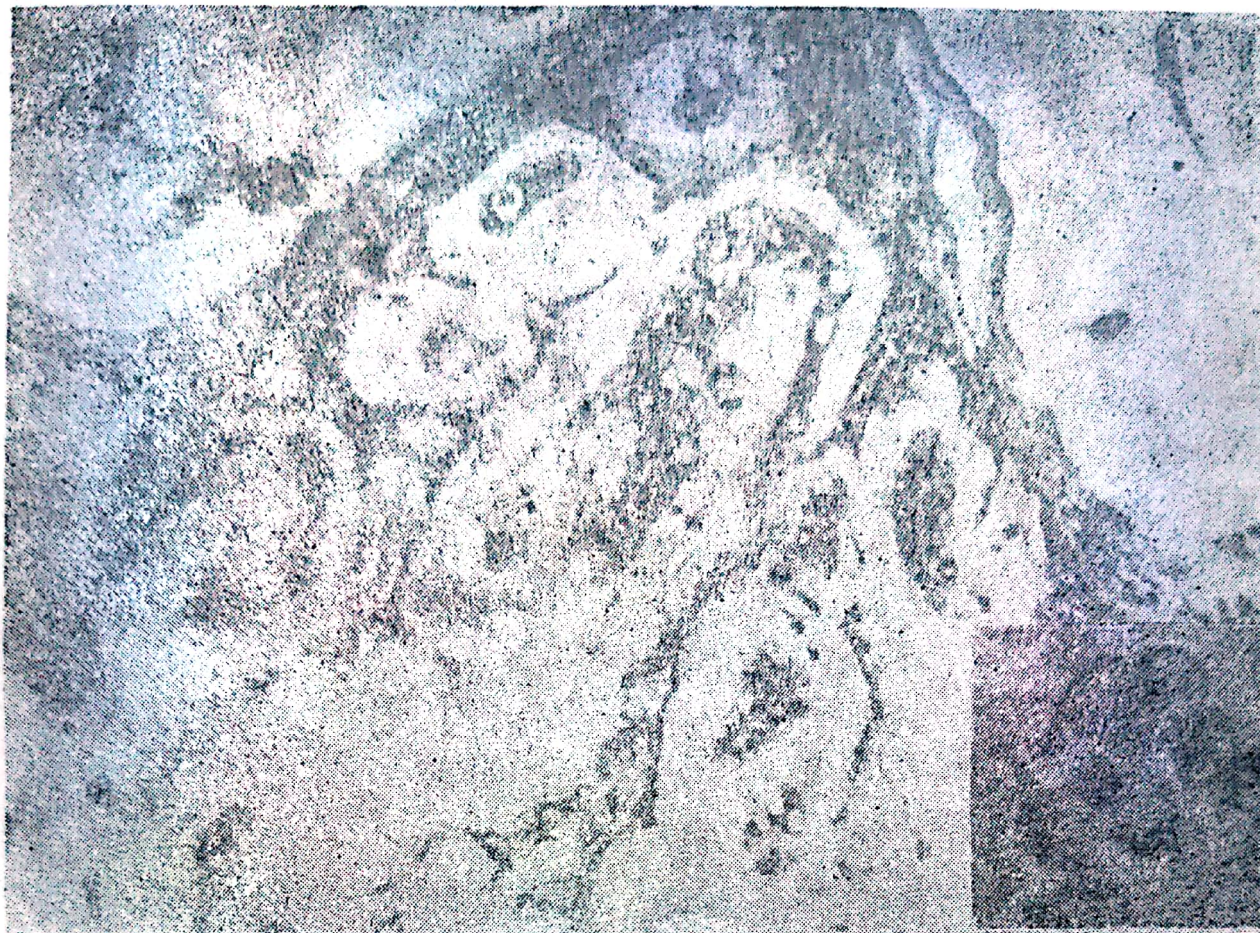
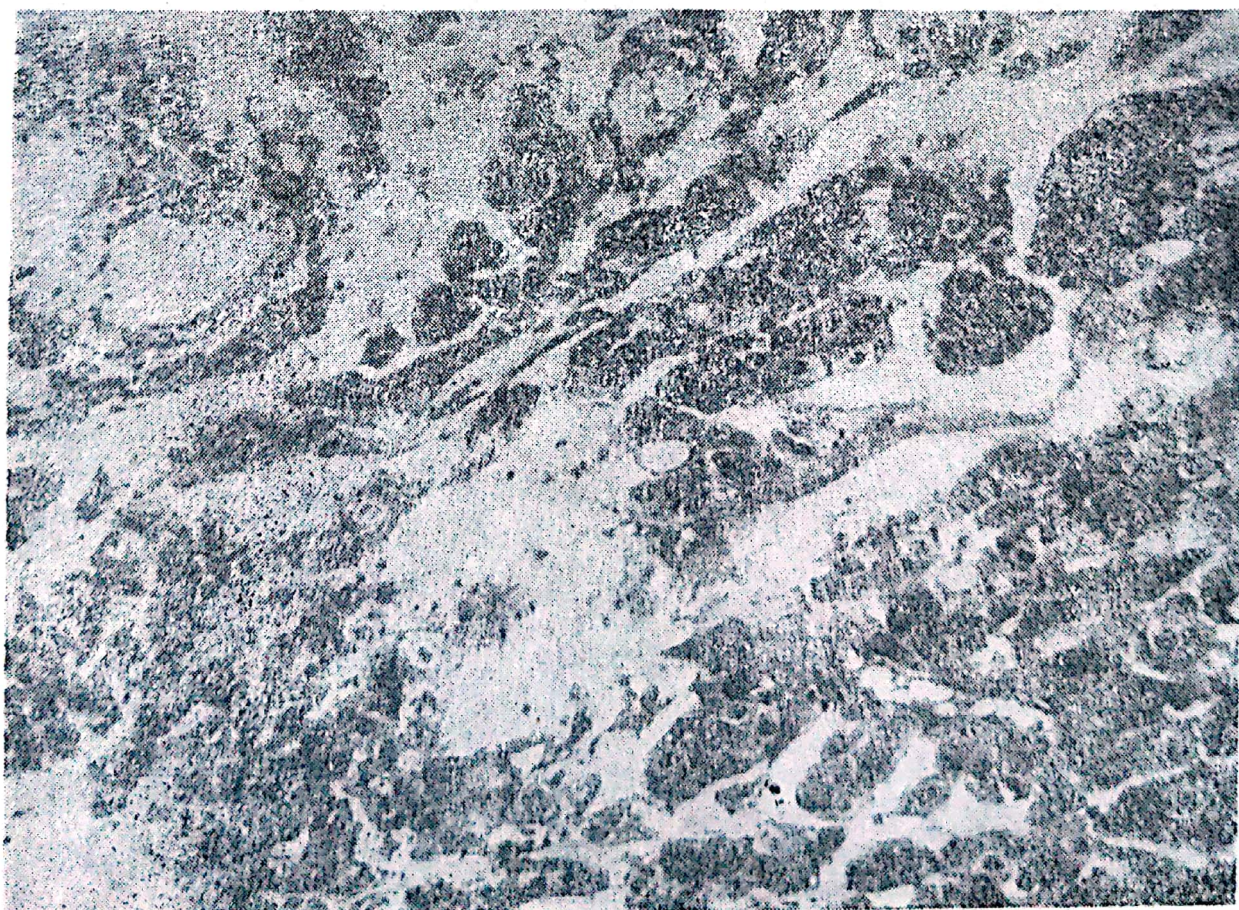


Fig. 35 – x 100, H.-E. Carcinom coloid (mucipar) al veziculei biliare și celule în inel cu pecete

Fig. 36 – x 100, H. E. Adenocarcinom al ampulei Vater



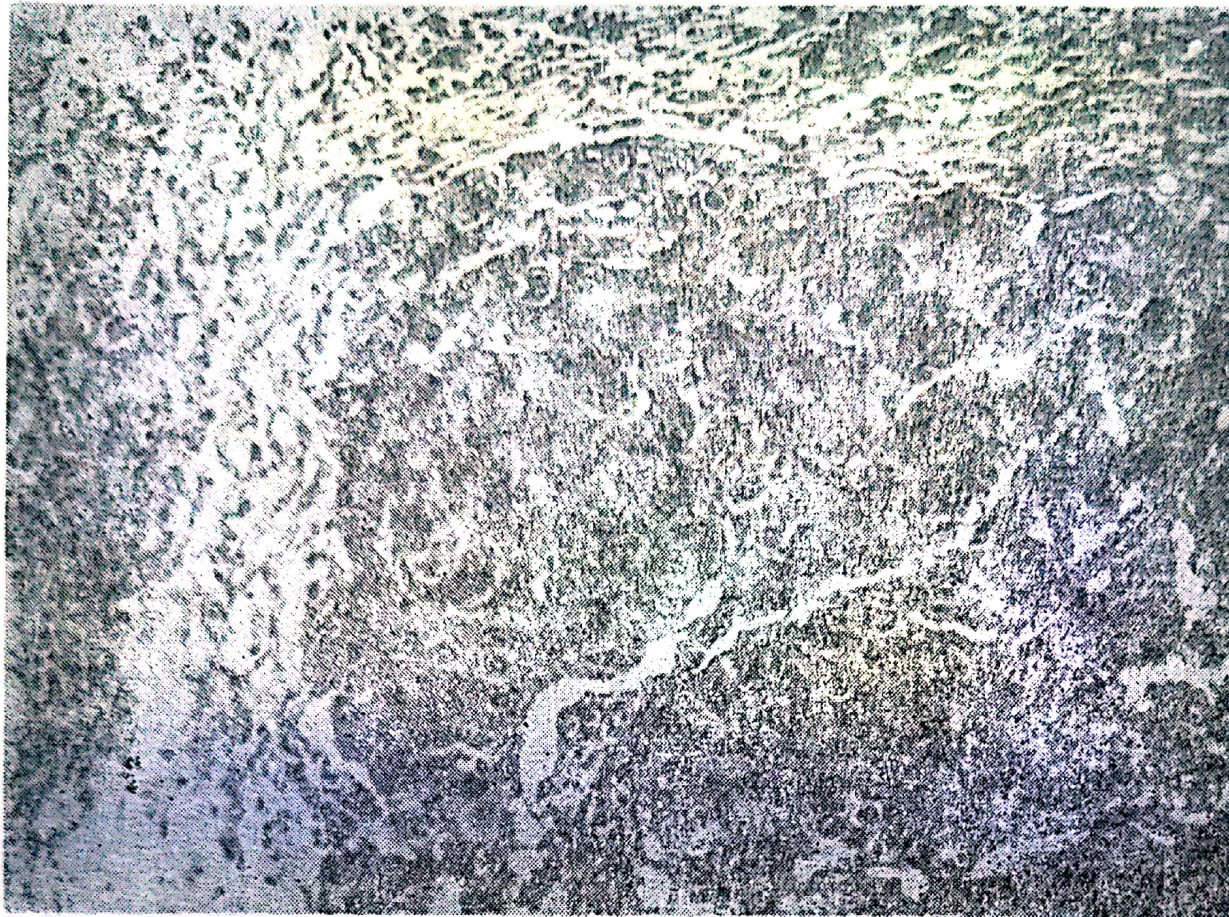
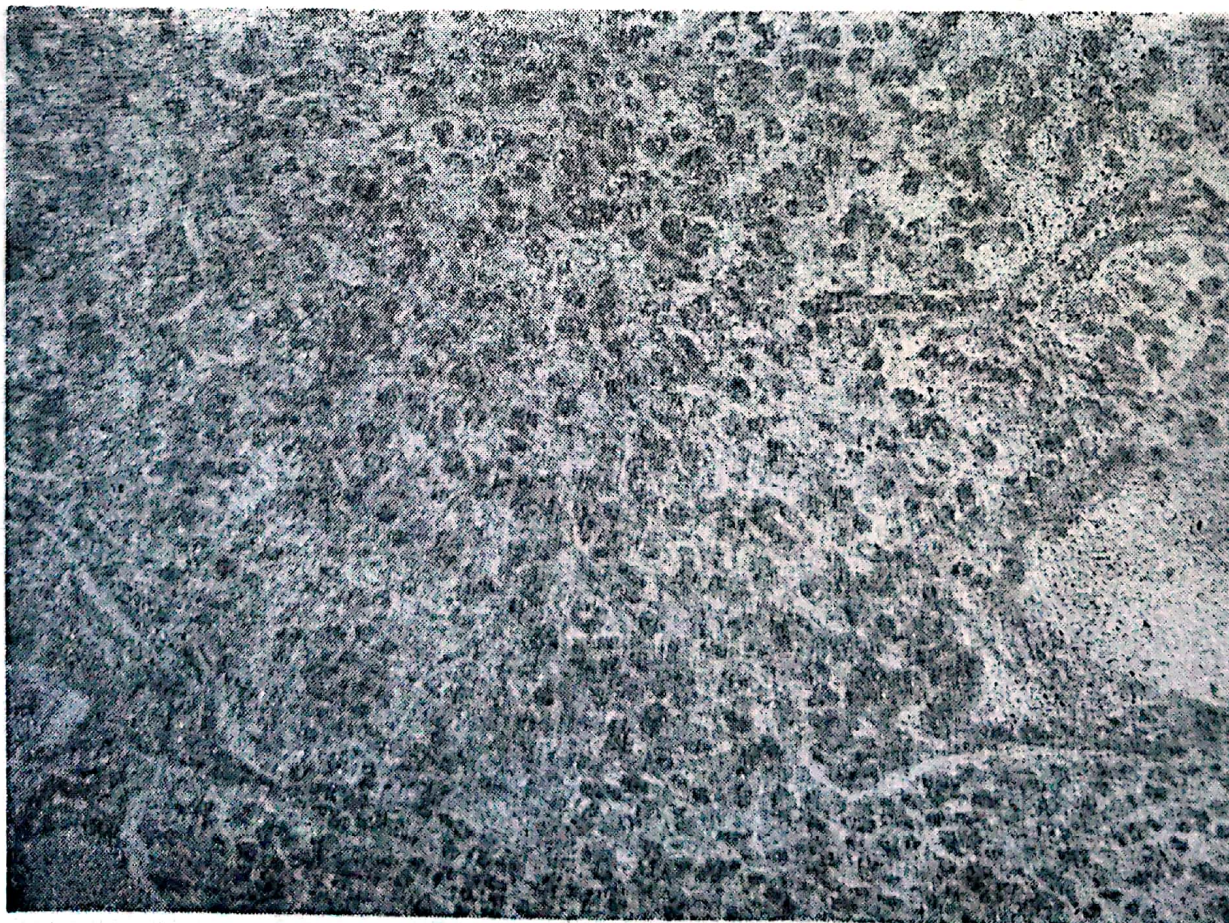


Fig. 37 – x 100, H. E. Carcinom de pancreas exocrin

Fig. 38 – x 100, H. E. Nesidioblastom



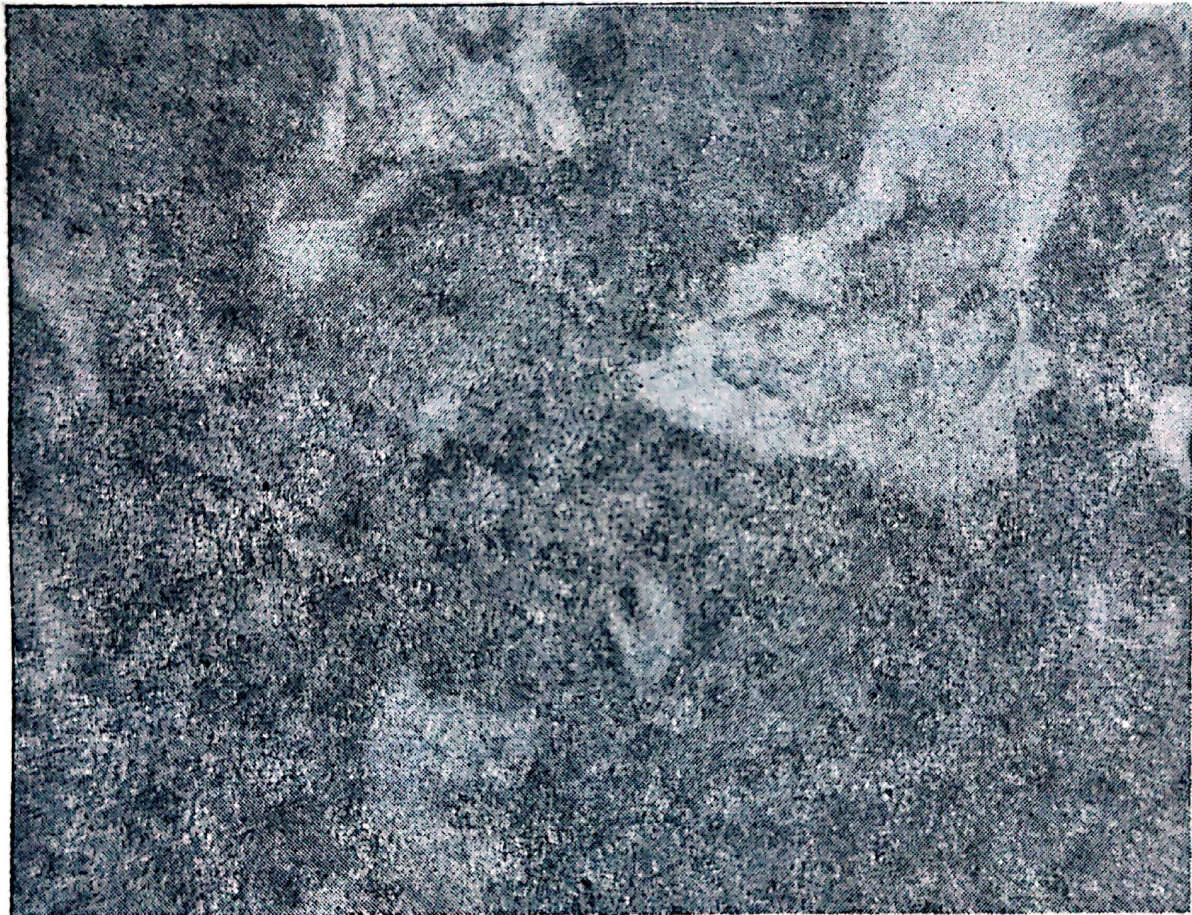


Fig. 39 – x 200, H. E. Nesidioblastom

V. – CLASIFICAREA TUMORILOR CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

V. A. TUMORI BENIGNE

A. 1. – TUMORI EPITELIALE :

adenom
papilom
adenomiom

A. 2. – TUMORI CONJUNCTIVE :

fibrom cu asocieri între diferitele forme
mixom
miom
lipom
schwannom

V. B. TUMORI MALIGNE PRIMARE

B. 1. – TUMORILE CĂILOR BILIARE PRINCIPALE

B. 1. a. – TUMORILE HILULUI

HEPATIC (canal hepatic stîng, canal hepatic
drept, canal hepatic comun)

Tumori epiteliale : adenocarcinom
carcinom papilifer
carcinom anaplazic

B. 1. b. – TUMORILE JONCTIUNEI HEPATOCISTICE :

Tumori epiteliale : carcinom solid cu celulele mici
carcinom infiltrativ (celule mici)
carcinom nediferențiat fibros (schir)

B. 1. c. – TUMORILE COLEDOCULUI LA NIVELUL AMPULEI VATER :

Tumori epiteliale : adenocarcinom
carcinom infiltrativ (celule mici)
carcinom papilifer
carcinom fibros
carcinom nodular cu celule mici

B. 2. TUMORILE CĂILOR BILIARE ACCESORII**B. 2. a. TUMORILE CANALULUI CISTIC :**

Tumori epiteliale : adenocarcinom

B. 2. b. TUMORILE VEZICULEI BILIARE :**B. 2. b. 1. – TUMORI EPITELIALE :**

adenocarcinom cu celule

cilindro-cubice

cu variantele : tip biliar

tip enteroid

tip pseudopancreatic

carcinom mucipar

carcinom epidermoid

carcinom polimorf

B. 2. b. 2. – TUMORI CONJUNC-

TIVE (semnalate nu-

mai la nivelul vezi-

culei biliare)

Sarcoame : fibrosarcom

miosarcom

angiosarcom

osteosarcom

sarcom polimorf

schwannom malign

Alte tumori : limfom malign

melanom malign

V. C. – TUMORI MALIGN SECUNDARE

V. A. — Tumori benigne ale căilor biliare extrahepatice

A. 1. — Tumori epiteliale

Aceste localizări tumorale au fost întâlnite în 4,2—8% în cazurile de intervenții chirurgicale pe căi biliare. Sînt, în majoritatea lor, de natură epitelială, sînt realizate prin asocierea a 2—3 forme histologice și au tendință la difuziune în suprafață și în profunzime. Extensia, densitatea celulară, proliferarea și unele anomalii citologice fac dificilă delimitarea de grupul tumorilor maligne, în special în cazul examenului la congelare. Unii autorii le încadrează în grupul tulburărilor displazice.

ADENOMUL

Localizare : vezicula biliară, canale biliare extrahepatice cu predilecție pentru regiunea vateriană.

Microscopie : aceste formațiuni sînt provenite din proliferări ale mucoasei și submucoasei parietale cu toate componentele sale, proliferare din care, uneori, rezultă veritabili diverticuli mucoși. La aceasta se asociază proliferări ale stratului muscular, rezultanta fiind adenomiomatoza (pentru vezicula biliară).

PAPILOMUL

Localizare : această tumoretă poate fi întâlnită frecvent la nivelul veziculei biliare și, excepțional, la coledoc și canalul hepatic.

Macroscopie : aspect de proliferare vegetantă a mucoasei, tumoră sesilă sau pediculată, unică, delimitată sau difuză.

Microscopie : aspect vegetant, format din celule cilindrocubice centrate de un ax conjunctivo-vascular, uneori infiltrat cu plasmocite. În final, se realizează aspectul unei tumori viloase.

A. 2. — Tumori benigne conjunctive ale căilor biliare extrahepatice

În mod excepțional, sînt notate la acest nivel, următoarele forme tumorale : leiomiom, fibrom, angiom, în forma lor pură sau asociate.

Schwannomul este citat numai la nivelul veziculei biliare. Acest grup de tumori nu prezintă caractere histologice speciale.

V. B. — Tumori maligne primare

V. B. 1. — Tumorile căilor biliare principale

B. 1. a. — TUMORILE HILULUI HEPATIC

Frecvență și localizare : aceste localizări tumorale sînt destul de rare ; după datele lui Bértrand, sînt publicate în literatură 16 cazuri pînă în 1970. Localizările semnalate sînt : 26% pe canalul hepatic (Leibling — 1959), 14% pe hepaticul comun și 8% pe hepaticul drept (Saks) (cit. Bértrand — 1970).

Sinonime : cancerul furcii, cancerul bifurcației, cancer biliar al carefurului hilar sau al confluentului hilar, cancerul joncțiunii canalelor hepatice principale.

Date clinice : icter obstructiv, precedat de dureri abdominale, diaree, prurit, angiocolită. Se recomandă : colangiografie intraoperatorie, laparascopia hilului, scintigrama hepatică, probe biologice pentru icter mecanic.

Macroscopie : tumoră dură, boselată, de dimensiuni variabile sau indurație fibroasă, slab delimitată a hilului, cu îngroșarea cartonoasă a canalelor. Tumora poate încăleca bifurcația.

Microscopie : au fost descrise următoarele varietăți tumorale :
— adenocarcinom

- carcinom papilifer (proliferare adeno-papiliferă, viloasă)
- carcinom anaplazic (infiltrare cu celule nediferențiate, cu atipii nucleare).

Stroma reacția este moderată, se semnalează embolii tumorale limfatice și infiltrații neoplazice pe tecile nervilor.

Evoluție: invadare locală (a pereților conductelor biliare) metastaze ganglionare tardive, metastaze în organe, ascită în faza finală.

L. Bertrand, J. B. Prioton, A. J. Ciurava — La Nouvelle Presse Médicale, 27, 1213-1217, 1970.

M. Roux — Rev. du Prat., 18, 953-961, 1968.

J. C. Levasseur — La presse Médicale, 75, 111-113, 1967.

B. 1. b. — TUMORILE JONCTIUNII HEPATOCISTICE

Frecvență și localizare: sînt semnalate foarte rar, în general fiind prezentate în literatură în același timp cu tumorile hilului hepatic.

Date clinice: icter obstructiv.

Macroscopie: tumoră de dimensiuni mici, stenoizantă, moale, sau, uneori, dură, anulară sau încălecind joncțiunea.

Microscopie: se pot întîlni aspecte infiltrative, carcinomatoase sau plaje de carcinom cu celule mici sau aspecte de carcinom nediferențiat fibros, cu caracter de schir.

Evoluție: se încadrează în evoluția generală a tumorilor căilor biliare principale.

B. 1. c. — TUMORILE COLEDOCULUI LA NIVELUL AMPULEI VATER

Localizare: aceste tumori sînt întîlnite în regiunea ampulei lui Vater și sînt, de obicei carcinoame.

Sinonime: ampulom vaterian.

Date clinice: icter obstructiv (mecanic).

Macroscopie: tumora se poate prezenta sub următoarele aspecte:

- vegetantă cu localizare :
superficială, în zona periampulară cînd aparține mai mult peretelui duodenal ;
murală, cînd proliferarea tumorală herniază prin orificiul ampulei Vater, formă care reprezintă ampulomul vaterian pur.
 - ulcerată și ulcero-vegetantă ;
 - infiltrantă, cînd interesează și coledocul, duodenul și/sau pancreasul.
- Microscopie* : de obicei, este un adenocarcinom, dar mai poate prezenta și următoarele aspecte :
- carcinom papilifer cu ax conjunctivo-vascular ;
 - carcinom fibros (schir) ;
 - carcinom nodular cu celule mici.
- Evoluție* : prognostic rezervat.

B. 2. — Tumoriile căilor biliare accesorii

B. 2. a. — TUMORILE CANALULUI CISTIC

Frecvență și localizare : entitate greu de individualizat de tumorile veziculei biliare, localizate în jurul orificiului cistic.

Date clinice : tumorile sînt, uneori, legate de existența unei calculoze veziculare.

Macroscopie : tumoră de dimensiuni foarte mici, moale.

Microscopie : adenocarcinom.

B. 2. b. — TUMORILE VEZICULEI BILIARE

B. 2. b. 1. — Tumori epiteliale :

Carcinoame

Frecvență și localizare : carcinoamele veziculei biliare sînt semnalate mai frecvent între 50-70 ani, 1—14% apar pe fondul unei litiaze biliare și sînt mai frecvente la sexul feminin. Localizarea cel mai des întîlnită este la colul vezicular și în bas-fond.

Date clinice : afecțiunea mimează manifestările unei colecistopatii, tablou care poate evolua pînă la instalarea unui bloc masiv tumoral colecisto-hepatic.

Macroscopie : carcinomul vezicular poate prezenta diverse forme macroscopice, în funcție de momentul surprinderii leziunii :

- forme localizate cu aspect de :
 - tumoră unică, vegetantă, intracanaliculară ;
 - tumoră inelară, stenozantă, neulcerată ;
- forme difuze cu aspect de :
 - îngroșare globală a peretelui vezicular ;
 - schir vezicular (predomină scleroza conjunctivă) ;
 - carcinom masiv hepato-vezicular, eventual cu calcul vezicular.
- forme extensive : vegetații neoplazice difuze.

Microscopie : pot fi întîlnite următoarele aspecte :

- adenocarcinom cu celule cilindrocubice biliare cu variantele :
 - întunecate (de tip biliar)
 - clare (de tip biliar cu mucus)
- adenocarcinom cu celule cilindrice de tip enteroid (asemănătoare glandelor Lieberkühn.
- adenocarcinom cu celule cilindrice pseudopancreatice (clare, de tip excretopancreatic)
- carcinom mucipar
- carcinom (metaplazic) epidermoid ;
- carcinom polimorf (cu celule mici și mari, clare, întunecate, eozinofile, pseudomucoase, cu nuclei mostruoși).

Evoluție : greu de prevăzut, prognostic sever.

B. 2. b. 2. — Tumori maligne conjunctive ale veziculei biliare

Sarcome

Frecvență : tumori foarte rare ; 62 observații publicate pînă în 1953. (Gibertini și Gicolon, cit. S. Kreisler, 1971).

Microscopie : sarcomul veziculei biliare se poate prezenta sub următoarele aspecte microscopice : fibrosarcom, angiosarcom,

miosarcom, osteosarcom, sarcom polimorf. Schwannomul malign este citat în mod cu totul excepțional.

Evoluție: prognostic sever, invazie rapidă.

V.C. – Tumori maligne secundare ale veziculei biliare

Tumorile maligne secundare ale veziculei biliare sînt extrem de rare ; au fost citate 2 cazuri de metastaze veziculare pe 5.000 de necropsii cu neoplazie, în statisticile lui Willis, (cit. S. Kreisler). Tumora primitivă poate fi la nivelul prostatei, glandei mamare, pulmonului, esofag, naso-faringe, în cadrul unei melanoze maligne sau a unui corioepiteliom. Metastazele se localizează de preferință pe corpul sau pe fundul veziculei.

S. Kreisler – Teză de doctorat, Iași, 1971.



VI

TUMORILE GLANDELOR ANEXE ALE TUBULUI DIGESTIV

Tumorile ficatului

BENDESCU MIOARA

VI. – CLASIFICAREA TUMORILOR HEPATICE

(Realizată prin coordonarea clasificărilor curente și completări proprii).

A. TUMORI PRIMITIVE

1. – TUMORI BENIGNE

- a. – tumori benigne ale traveelor hepatice – adenom hepatocelular.
- b. – tumori benigne ale căilor biliare intrahepatice – colangiom.
- c. – tumori benigne ale țesutului conjunctivo-vascular :
fibrom, leiomiom, lipom, mixom, angiom, limfangiom
- d. – tumori disgenetice :
hemartom, tumori mixte, teratom.

2. – TUMORI MALIGNE

- a. – tumori maligne primitive ale parenchimului hepatic
carcinom al traveelor hepatice (hepatom malign) (1)
carcinom al căilor biliare intrahepatice (colangiom malign) (2)
carcinoame complexe (hepatocolangiom malign) (3)
- b. – tumori maligne primitive ale țesutului conjunctivo vascular și altele.
sarcom – angiosarcom (1)
teratom malign (2)

B. TUMORI SECUNDARE

- 1. – metastaze ale organelor din etajul subdiafragmatic :
 - (a) aparat digestiv
 - (b) glande endocrine
 - (c) aparat genital
 - (d) aparat urinar
- 2. – metastaze ale organelor din etajul supradiafragmatic
- 3. – manifestări tumorale hepatice în cadrul bolilor de sistem :
 - limfom malign nehodgkinian
 - limfom malign Hodgkinian
 - eritroblastoză hepatică

A. Tumori primitive

VI. A. 1. — Tumori benigne ale parenchimului hepatic

A. 1. a. — ADENOMUL HEPATOCELULAR (HEPATOM BENIGN)

Frecvență : Warvi (1944) raportează 67 de cazuri, Henson (1907—1954) 4 cazuri, Bienaymé, Proweman (1969) găsesc 60 de cazuri în literatura mondială. (Statisticile sînt rare și imprecise). Unii le consideră hamartoame hepatocitare (cit. Délarue — 1969 și Kissane 1957).

Date clinice : predomină la sexul feminin, se manifestă cu jenă în hipocondrul drept, tumora este percepută la palpare. Depistarea întîmplătoare în caz de suprainfecție, hemoragie, ruptură (cînd sînt pediculate).

Examene paraclinice : radiologic (modificarea cupolei diafragmatice), scintigrama (zone negative de captare), biopsia și prezența uneori a aldolazei fetale pe secțiuni proaspete.

Macroscopie : nodul unic, de obicei mic, încapsulat, alb-cenușiu, uneori pediculat, dar frecvent sesil, de consistența fermă, prezent aproape exclusiv în lobul drept. Adenoame miliare prezente foarte rar.

Microscopie : tumora este formată din travee hepatice fără orientare, uneori cu dispoziție tubulară. Celulele sînt de tip hepatocitar, dar mai mici. Lipsește triada portală.

Capilarele sinusoidale sînt uneori dilatate.

Diagnostic diferențial : cu hepatomul malign (nodul mare), hiperplazii nodulare (în ciroze, cu teste biologice alterate), hamartomul hepatocelular (prezența de canalicule tipice proliferate, steatoză și adolaza fetală totdeauna prezentă).

Evoluție : favorabilă.

A. 1. b. – COLANGIOMUL BENIGN

Frecvența : 4 la 50.000 cazuri (Edmondson 1956); 9 cazuri în 47 de ani (Henson 1956).

Sinonime : adenom colangiocelular, cistadenom.

Date clinice : simptomatologie nespecifică, depistare prin laparoscopie și biopsie sau necroptic.

Examene paraclinice : biopsia dirijată, scintigrafia și arteriografia sînt nespecifice datorită dimensiunilor mici ale tumorii.

Macroscopie : noduli unici sau multipli, alb cenușii, de consistență fermă.

Microscopie : tumora este formată din tubi mici, dispuși neregulat, căptușiți cu celule cubice, unistratificate, cu citoplasmă bazofilă, nuclei veziculoși. Conținutul incolor în tubi. Structurile sînt înconjurate de o bogată masă conjunctivă. Alte ori epiteliul tubilor este cilindric, cu proliferări papilare intraluminale și stromă conjunctivă hiper celularizată. Acest aspect este întilnit în special în formă cistadenomatoasă.

Diagnostic diferențial : colangiomul malign, hemartomul hepatocolangiocelular, limfangiomul și maladia polichistică a ficatului.

Evoluție : favorabilă cînd leziunea este de dimensiuni mici și rezervată în formele macronodulare sau chistadenomatoase.

A. H. Edmondson – J. A. M. A. Dis. Child, 91, 168, 1956.

W. S. Hanson – Surg. Gynecol. Obst., 103, 327, 1956.

A. 1. c. – TUMORI BENIGNE ALE ȚESUTULUI CONJUNCTIV

Fibromul

Frecvență : extrem de rare, dar prezente.

Date clinice : afectează copiii sau adolescenții; trec de obicei neobservate datorită dimensiunilor mici. În fibromatoza difuză la copil se asociază cu crize hipoglicemice, discretă jenă în hipocondrul drept, uneori hepatomegalie.

Examene paraclinice : glicemia, scintigrama, arteriografia.

Macroscopie : tumoră de dimensiuni variate, uneori încapsulată, de consistență fermă (fibrom, leiomiom) sau moale (mixom sau lipom); nu se diferențiază ca aspect de aceeași tumoră din alte localizări.

Microscopia : fibromul este alcătuit din celule alungite (fibro-cite), dispuse în fascicule sau vîrtejuri. Mitozele sînt absente, vasele au pereți proprii. Tumora este septată prin benzi sclero-hialine. Se diferențiază de leiomiom prin colorații tricromice de tip Masson, Simionescu sau Van Gieson (conjunctivul colorat în roșu cu Van Gieson, albastru cu Masson).

LIPOMUL : este format din mase de adipocite septate de benzi conjunctivo-vasculare.

MIXOMUL : se caracterizează prin prezența de celule stelate, anastomozate și dispuse într-o masă amorfă, P.A.S. pozitivă.

Diagnostic diferențial : cu sarcomul (în toate formele provenite din structurile benigne) și cu teratomul.

Evoluție : prognostic rezervat în cazul fibromului hepatic la copii (se asociază cu leziuni pancreatice și pulmonare). Posibilitatea de malignizare în toate formele.

ANGIOMUL HEPATIC

Frecvență : este cea mai frecventă tumoră a ficatului.

Sinonime : hemangiom, angiom cavernos, cavernom.

Date clinice : tumora poate să aibă caracter familial, predomină la sexul feminin. Simptome sesizabile mai ales la femei : pusee dureroase mai ales în timpul menstruelor sau a sarcinii.

Alte simptome : hepatomegalie, fremisment la palpare (tril), suflu la ascultație, anemie hemolitică microangiopatică, dispnee, tahicardie.

Coexistența cu alte hemangioame situate pe piele, mucoase, limbă, sau nesesizabile și depistate numai la necropsie sau prin ruperea angiomului în peritoneu.

Examene paraclinice : teste de coagulare, examene hematologice, radiologice (deformarea cupolei diafragmatice), scintigrafie, arteriografie, laparoscopie (tumoră roșu-violacee denivelînd capsula Glisson).

Macroscopie : tumoră unică sau multiplă, de dimensiuni variabile, localizată superficial sau în parenchim, limitată sau difuză și extrem de rar-pediculată. Angiomul este de consistență moale, colorat în roșu-violaceu, cu microdensități calcare, străbătut de benzi conjunctive cu aspect microchistic, buretos ; la secțiune se elimină sînge.

Microscopie : angiomul hepatic este frecvent de tip cavernos, dar se poate asocia cu forma capilară și chistică cînd, din amestecul de țesut hepatic și țesut angiomatos, rezultă forma de „pelioză hepatică“ (la copii angiomatoza hepatică poate fi difuză, cu ficatul transformat într-un burete de sînge).

Endoteliul vaselor este turtit, stroma tumorii poate conține fibre musculare netede ; ea se poate insinua în lumenul vascular sub formă de muguri. În stromă pot exista depuneri calcare și hemosiderină (în siderocite sau liberă). Staza favorizează apariția trombilor.

Diagnostic diferențial cu limfonul și angiosarcomul.

Evoluție : favorabilă, exceptînd accidentele.

LIMFANGIOMUL HEPATIC

Frecvență : tumora excepțională (un caz publicat, în 1950, de Symmers).

Date clinice : simptomatologia nespecifică, uneori hepatomegalie cu jenă în hipocondrul drept. Prin ruperea tumorii se pot produce peritonite. Tumora poate fi prezentă concomitent în mai multe organe.

Examenenele paraclinice : scintigrafia, arteriografia, laparoscopia.

Macroscopie : tumora este situată superficial sau în plin parenchim, poate fi unică sau multiplă, este de consistență moale, cu aspect multichistic din care se scurge un lichid lactescent.

Microscopie : aspect de aglomerări de vase limfatice, cu caracter capilar sau chistic. Vasele sînt căptușite de un endoteliu turtit. Unele vase sînt ectaziate pînă la edificarea de aspecte cavernoase, cu pîteni intracavitari (în formă chistică). În stroma conjunctivă se găsesc foliculi limfatici.

Diagnostic diferențial cu angiomul și boala polichistică.

Evoluție : favorabilă.

Symmers citat de :

Feignoux G., Contribution à l'étude nécropsique macroscopique du foie humain, des voies biliaires et système porte. Thèse Méd. Paris, 1959.

A. 1. d. – TUMORI DISGENETICE

HAMARTOMUL

Definiție : hamartoamele sînt heterotopii disgenetice spontane, constituite din țesuturi cu celule mature specifice regiunii sau organului în care apar, dar care au scăpat dezvoltării organizate a organului, fiind în plus (Masson). La nivelul ficatului ele vor fi constituite din travee hepatice, canale biliare, țesuturi mezenchimatoase.

Frecvență : foarte rare.

Date clinice : predomină la copii și adolescenți. Simptome : hepatomegalii, durere în criză, simptomatologie de colecistită ; tumora este evidențiată mai ales de complicațiile sale (hemo-peritoneu și infecție).

Examene paraclinice : radiologie, scintigrafie, arteriografie, laparoscopie.

Macroscopie : tumoră de dimensiuni variabile, încapsulată sau nu, de consistență variată, uneori cu zone chistice. Poate fi pediculată.

Microscopie : se descriu două tipuri :

- hamartom hepatocitar ;
- hamartom mezenchimatos.

Hamartomul hepatocitar se caracterizează prin prezența de travee hepatice și canalicule biliare, dispuse dezordonat, cu zona de steatoză și microcalcificări.

Hamartomul mezenchimatos prezintă o abundentă proliferare conjunctivă, alături de structuri hepatice, chistice. Aldolaza fetală este prezentă pe secțiuni proaspete.

Diagnostic diferențial cu adenomul hepatocolangio-celular, teratomul, limfangiomul.

Evoluția : favorabilă, malignizare excepțională.

TUMORĂ MIXTĂ HEPATICĂ. Aspectul clinic este același ca pentru hamartom.

Macro și microscopia diferă prin aceea că tumora conține o componentă epitelială diferită de structurile hepatice și una conjunctivă, alături de țesuturi histologice normale de tip os, mușchi, cartilaj, care nu aparțin ficatului (Allison — 1956).

Tumora este benignă și este considerată ca o formă de tranziție între hamartoame și teratoame.

TERATOMUL HEPATIC

Definiție : sînt tumori compuse din țesuturi multiple absente în ficatul normal (mușchi, os, cartilaj, tub neural, aparat respirator, piele și anexe).

Frecvență : tumoră excepțională.

Date clinice : hepatomegalie, jenă în hipocondrul drept, simptomatologie de colecistită.

Examene paraclinice : radiologie (deformarea cupolei diafragmatice), scintigrafia, arteriografia, laparoscopie și biopsie dirijată, dozarea alfa feto-proteinelor.

Macroscopie : tumora are dimensiuni variabile pînă la mărimea unui cap de făt, este unică sau multiplă, de consistență variată, de aspect solid și chistic. Concomitent, tumora are de obicei, o capsulă fibroasă.

Microscopie : pe fondul unui hamartom hepatocitar se găsesc plaje de țesut cartilagos, osos, muscular neted sau striat, epiteliu malpighian și anexe, epiteliu interstițial, țesut glial, neuronal, țesut limfatic, epiteliu de tip respirator, fără atipii celulare, nucleare sau mitoze atipice.

Diagnostic diferențial cu teratoblastomul.

Evoluție : prognostic rezervat, malignizare posibilă.

VI. A. 2. — Tumori maligne ale parenchimului hepatic

a. 1. — CARCINOM AL TRAVEELOR HEPATICE (HEPATOM MALIGN)

Frecvență: 80% (Schiff, 1966), 80% (Cachin, 1974), 70—90% (Ribet și Tournut, 1974) din carcinoamele primitive de ficat. Tumora este mai frecventă la cirofici și hemocromatozici. În ceea ce privește incidența hepatomului malign la cele două sexe, raportul bărbați/femei este de 4—6/1.

Sinonime: carcinom hepatocelular.

Date clinice: tumora apare concomitent cu o boală cunoscută (ciroză, colecistită) sau în plină sănătate cu: dureri în hipochondrul drept (la început episodice, apoi permanente), astenie, anorexie, vomismente, senzații de plenitudine, febră. Obiectiv: hepatomegalie (75% din cazuri), dispnee (la invazia diafragmului, pleurei și pulmonului) ficat dur și neregulat, edeme (în prezența trombozei portale).

Examene paraclinice: retenție B.S.P., fosfataza alcalină crescută, gamaglutamiltranspeptidaza, 5 nucleotidaza, leucinaminopeptidaza, isocitricdehidrogenaza, constant crescute; de asemenea alfa 2 globulina crescute peste 100 nonograme ml., V.H.S. sporit, alfa-feto-proteina prezente variabil în funcție de zona geografică: Indonezia 87%, Formoza 93%, Franța 55%, Anglia 30% (Masseyeff și col., 1972). Dispare după exereza tumorii.

Scintigrafia, ectomografia, angiografia, tomografia, laparoscopia cu puncție dirijată pun în evidență tumora.

Macroscopie: formațiuni nodulare unice (masive) sau multiple (difuze) sau formă masivă cu micronoduli sateliți, de volum foarte variabil (până la 8 kg) sau formă tumorală difuză dezvoltată în detrimentul parenchimului. Tumora prezintă culoarea alb-gălbuie cu zone verzui; se găsesc multiple zone de necroză și invazie tumorală în portă și cavă vizibile cu ochiul liber.

Microscopie: se disting mai multe forme:

— *trabeculară*: celule oxifile cu granulații eozinofile, flancate de celule turtite, care delimitează spații sinusoidale cu conținut hematic. Mitozele și atipiile sînt reduse, dar prezente;

— *acinoasă* : celule poliedrice, delimitând spații mucosecre-tante, alături de cordoane de celule încărcate cu pigmenți biliari, granule eozinofile, hemosiderină, lipide ;

— *anaplazică* : proliferat anarhic de celule cu citoplasmă vacuolată, nuclei hiperanaplazici, înmuguriți, hipercromi și veziculoși, cu mitoze atipice, uneori simulând sincitiotrofoblastul. În celula tumorală, glicogenul este inegal repartizat sau foarte abundent, când celula are aspect clar, vegetal, asemeni hipernefroidului.

Hepatocitele vecine tumorii sînt încărcate cu lipide, stroma este redusă, celulele Kupffer sînt aglomerate uneori, de tip adenomatos. Se remarcă numeroase zone de necroză, cu aglomerări de pigmenți biliari și hemosiderină.

Diagnostic diferențial cu adenomul hepatocelular, carcinomul hipernefroid, coriocarcinomul, noduli de regenerare din ciroză.

Evoluție : prognostic sever, decese în primele trei luni.

a. 2. — CARCINOMUL CĂILOR BILIARE INTRAHEPATICE (COLANGIOM MALIGN)

Frecvență : între 2—30% în literatură, din carcinoamele primitive de ficat (Ribet și Tournut, 1974), 15% (Cahnin, 1974). Bendescu și col. 1972 : 5 colangioame din 31 de tumori hepatice primitive.

Frecvența pe sexe este 1/1.

Sinonime : carcinom colangiocelular.

Date clinice : suferință hepatică cronică, astenie cu sau fără ascită, febră, dureri abdominale, subicter, anemie, dispnee, ficat nodular neregulat, splenomegalie, cașexie.

Date paraclinice : retenție de B.S.P., fosfataza alcalină crescută, scintigrama, laparascopia cu puncție dirijată.

Macroscopie : tumoră localizată în hil cu extindere în parenchim, de obicei unică, de dimensiuni mari, omogenă, galben-cenușie, cu componentă stromală bogată, dură. Tumora nu are impregnare biliară, este slab vascularizată, puțin hemoragică.

Microscopie : tumora este formată din celule cubice sau cilindrice de tip ductal, cu citoplasmă clară sau ușor bazofilă, nucleu mic hipercrom, așezat la baza celulei, care se dispune tubular, trabecular, alveolar sau, foarte rar, papilovegetant.

Stroma conjunctivă este foarte bogată, densă, comprimând structurile epiteliale. Datorită abundenței stromei, a fost denumită (impropriu) colangită sclerozantă.

Diagnostic diferențial cu ciroza hepatică, hepatomul malign, forma trabeculară, metastază de carcinom gastric.

Evoluție: prognostic rezervat, evoluție lentă spre exitus.

a. 3. – CARCINOM COMPLEX (HEPATO COLANGIOM MALIGN)

Frecvență: 2—13% din carcinoamele primitive de ficat (Ribet și Tournut, 1974), 5% la Cachin, 1974.

Sinonime: hepatocolangiom, carcinomul traveelor și canalelor ductale.

Date clinice: suferință cronică hepatică sau apariția în plină sănătate, astenie, ascită, tulburări digestive, hepatomegalie, crize de hipoglicemie, febră, dispnee, cașexie, etc.

Examene paraclinice: B.P.S., fosfataza alcalină crescută, gamaglutamiltranspeptidaza, alfa feto-proteina, scintigrafia, ectomografie, arteriografia, laparoscopia și biopsia dirijată.

Macroscopie: tumoră masivă, nodulară sau difuză, de consistență moale, alb-gălbuie cu necroze și hemoragii și cu zone de impregnare cu pigmenți biliari.

Microscopie: insule parenchimotoase pline, constituite din celule poligonale cu mitoze și atipii nucleare și din zone de aspect acinos, alveolar, delimitate de celule cuboidale sau cilindrice cu resturi necrotice în lumen. În alte zone tumora pare să aibă caracter ciuruit.

Diagnostic diferențial cu hepatomul malign, colangiomul, etc.

Evoluție: prognostic grav.

VI. A. 2. b. – Tumori maligne ale țesutului conjunctivo-vascular și alte tumori

SARCOMUL HEPATIC

SARCOMUL ENDOTELIAL

Frecvență: tumoră extrem de rară.

Sinonime: endoteliosarcom, angioblastom, angiosarcom, Kupf-

ferom malign, sarcom angioblastic cavernos, hemangioendoteliom.

Date clinice : hepatomegalie, jenă în hipocondrul drept, trecut cirotic, ascită, splenomegalie, hemoperitoneu (complicație). Sînt indicate : examene radiologice, scintigrafie, angiografii, laparoscopie cu puncție dirijată.

Macroscopie : tumoră nodulară sau infiltrativă, cu aspect hemoragic marcat, zona tumorală are uneori imaginea unui burete sanghin cu numeroase zone de necroză hemoragică, separate prin septuri conjunctive.

Microscopie : tumora prezintă două forme principale :

— sarcom angioblastic cavernos, format dintr-o proliferare anarhică de fante vasculare mărginite de celule endoteliale, atipice, uni sau pluristratificate, cu nuclei hiperchromi, atipici. Între fantele vasculare se pot găsi celule fuziforme, dispuse în plaje compacte, în care se remarcă frecvenți nuclei și mitoze atipice ; stroma tumorii este densă, fibroblastică, cu numeroase mitoze.

— sarcom nediferențiat în care predomină celulele sarcomatoase, fuziforme, cu dispoziție fasciculată. Vasele sînt rare și excepțional au aspect cavernos. Uneori această formă se diferențiază greu, și numai prin impregnări argente, de carcinomul atipic. Endoteliile atipice pot deține materiale fagocitate, amintind de celulele Kupffer.

Diagnostic diferențial cu carcinomul nediferențiat și melanomul malign metastatic ; (se indică colorațiile Fontana și Perls pentru identificarea pigmentului). Trebuie notată de asemenea existența „thorotrastoamelor“, care sînt carcinoame sau sarcoame, apărute după utilizarea în urmă cu 15-20 de ani a thorului coloidal generator de raze alfa.

Evoluție : prognostic sever, evoluție și metastazare rapidă.

R. A. Allen — Am. J. Path., 25, 656, 1949.

M. Bendescu și col. — Valoarea puncției biopsii în diagnosticul tumorilor hepatice — Comunicat U.S.S.M. Iași, 1972.

M. Cachin — La Rev. du Prat, 33, 2941, 1974.

E. A. Gaal — Arch. Path. 70, 226, 1960.

R. Masseyeff — Path. et Biol., 20, 15-16, 17-18, 703, 1972.

TERATOMUL MALIGN HEPATIC

Frecvență : 27 de cazuri cunoscute în literatură pînă în 1951 (Milman și Grayzel).

Sinonime : teratoblastomul, tumora mixtă, carcinosarcom, tumori embrionare mixte, hepatoame embrionare mixte.

Date clinice : hepatomegalie, jenă în hipocondrul drept, astenie, febră, subicter, anemie, ascită, cașexie.

Examen paraclinice : radiologie, scintigrafia, arteriografia, ecotomografia, laparascopia cu biopsie dirijată, alfa-feto-proteina și antigenul carcinoembrionar prezent în 100% din cazuri.

Macroscopie : tumoră nedelimitată, infiltrativă, în general de mari dimensiuni, de consistență variată, cu zone solide și chistice, unele necrotice, hemoragice și/sau condroosoase.

Microscopie : tumora este formată dintr-un amestec de structuri anarhic intricate : carcinom spinocelular, carcinom glandular, structuri bizar acinoase, carcinom atipic, trabecular sau cu celule izolate, lamele osoase cu osteoclaste și osteoblaste, țesut condroid cu atipii celulare, cu zone de rabdiosarcom etc., toate aceste elemente fiind situate într-o stromă mixoidă și cu mari monstruoziități nucleocitoplasmice. Sînt de asemenea prezente frecvente zone de necroză hemoragică.

Diagnostic diferențial : cu teratomul benign, tumora Wilms.

Evoluție : prognostic foarte sever.

D. H. Milman, D. M. Grayzel — Am. J. Dis. Child., 81, 408, 1951.

VI. B. — Tumori secundare

VI. B. 1. — Tumori primitive ale organelor din etajul subdiafragmatic metastatice în ficat

Frecvență : metastazarea ficatului survine în 35—50% din cazurile de neoplasm primitiv, situat în orice parte a organismului. Proporția între cancerul primitiv și secundar de ficat este de 1 : 20—1 : 65.

Căile de metastazare sînt : vena portă, vasele limfatice și din aproape în aproape. Procentajele pe organe sînt următoarele : tumorile pancreatice trimit metastaze în ficat în 50% din cazuri, vezicula biliară în 39% din cazuri, stomacul în 33%, uterul în 12%, colonul în 64%, ovarul în 52%, rectul în 47%, rinichiul în 27%, suprarenala în 65%.

Microscopie :

a. — Tumori primitive ale tubului digestiv metastatice în ficat

— **CARCINOIDUL** metastazează în ficat în 38% din cazuri. Se compune din grupe sau mase de celule cuboidale, uneori dispuse pseudoglandular, în care se remarcă aspectul monoton al celulei, nuclei uniforme, sferici ovoidali discret veziculoși și citoplasma cu granule galben-brune (argentafile cu reacția Fontana). Masele celulare sînt separate prin fine axe conjunctive ;

— **ADENOCARCINOMUL**, provenit din stomac, colon, jejun, ileon sau rect, este constituit din formațiuni pseudotubulare, tapetate de celule atipice cubico-cilindrice cu nuceli hiper-cromi, citoplasma intens bazofilă, mitoze atipice. Unele adenocarcinoame, provenite din tubul digestiv, sînt mucosecre-tante (coloide) ; acestea repetă în metastază aspectul tumorii pri-mare (plaje de substanță mucoidă, celule atipice sau în inel cu pecete) ;

— **CARCINOMUL NEDIFERENȚIAT METASTATIC**, poate fi confundat cu carcinomul hepatic cu celule gigante ;

— **CARCINOMUL EPIDERMOID GASTRIC** repetă în meta-stază aspectul epidermoid, uneori pînă la diferențierea de epi-teliom spinocelular cu globi cornoși.

**B. 1. a. — Tumori primitive ale glandelor endocrine
(etaj subdiafragmatic) metastatice în ficat**

TUMORI PANCREATICE :

— Carcinoamele exocrine

— Carcinoame endocrine

TUMORI DE SUPRARENALĂ :

- Simptomul nediferențiat
- Feocromocitomul
- Melanomul.

B. 1. b. — Tumori primitive ale organelor genitale metastice în ficat

Tumori ale aparatului genital feminin :

- CARCINOAMELE EPIDERMOIDE de tip intermediar, spinocelular, cu globi cornoși sau anaplastic, cu diverse grade de maturitate, se reproduc în metastază cu structuri identice tumorii primitive.
- ADENOCARCINOMUL DE COL și ENDOMETRU (a se vedea capitolul respectiv) repetă, în metastaze, structura tumorii primitive.
- CORIOCARCINOMUL reproduce în metastază cito- și sincițio- trofoblastul fără dispoziție vilozitară. Citotrofoblastul (celule cu nucleu sferic cu cromatină puțină, cu citoplasma eozinofilă) și sincițio-trofoblastul (elemente sincițiale, multinucleate, hipercrome cu forme bizare), sînt uneori greu de recunoscut din cauza necrozei și a hemoragiilor. Stroma este absentă.

Tumorile aparatului genital masculin :

- SEMINOMUL testicular, sub formă de goniom cît și sub formă de seminom spermatocitar, metastazează, uneori, în ficat. Celulele, în metastază, sînt poligonale, uniforme, clare.
- TERATOMUL testicular (forma de teratom intermediar malign, nediferențiat și malign trofoblastic) poate da metastază în ficat.
- LIMFOMUL malign al testicolului (celule mici, limfoide, dispuse alături de celule reticulare, multinucleate) poate da metastază în ficat.
- CARCINOMUL PROSTATIC, deși nu are predilecție pentru ficat, totuși poate fi suspectat și în această localizare metastatică (a se vedea capitolul respectiv).

B. 1. c. — TUMORILE APARATULUI URINAR

— **CARCINOM HIPERNEFROID** : metastazele hepatice ale acestei tumori sînt constituite din structuri trabeculare, microalveolare sau tubulopapilare formate din celule clare, poligonale (prin presiune reciprocă), cu membranele celulare perfect vizibile (aspect de celulă vegetală). Citoplasma celulelor este bogată în glicogen și lipide. Alte celule sînt voluminoase, cu citoplasma eozinofilă și, în mod excepțional, cu citoplasma cu granulații bazofile. Mitozele nucleare sînt rare. Axele conjunctivo-vasculare pe care sînt fixate celulele, sînt uneori foarte reduse, astfel că celulele sînt dispuse sub forme de plaje cu zone întinse de necroză și hemoragie și cu impregnări calcare. Se pot întîlni și plaje pseudosarcomatoase, dar caracterul dominant este de carcinom cu celule clare. *Tumora poate fi confundată cu o formă de hepatom malign nediferențiat, în care celula apare clară.*

— **TUMORA WILMS**, metastatică în ficat, reproduce structurile acesteia, adică : plaje de celule fuziforme nediferențiate, celule diferențiate tubuliform, structuri glomeruloide (extrem de rar), vascularizație foarte redusă ; stroma este mixoidă și hialină.

Se remarcă atipiile citonucleare cu aspectul sarcomatos.

B. 2. — Tumori primitive ale organelor din etajul supradiafragmatic metastatice în ficat

Frecvența : ficatul primește metastaze tumorale și de la organele supradiafragmatice ca : glandă mamară între 30—60%, tiroidă 18%, esofag 23%, tumori oculare 64%, pulmon-pleură 36%. Metastazele se fac pe cale limfatică, hematică și prin continuitate.

— *Glanda mamară* : în cazul carcinomului glandei mamare, în ficat pot fi întîlnite aspecte de : carcinom glandular, medular, trabecular, coloid sau anaplazic, fără o caracterizare specială pentru a indica organul cu tumora primitivă,

Tiroida :

— CARCINOMUL TIROIDIAN metastatic poate avea aspect foliculo vezicular, papilar, trabecular, anaplastic, oncocitar (cu celule Hürthle) sau apidermoid. Cea mai frecventă este forma papilară (60% din totalul tumorilor tiroidiene) care apare predominant la vârsta tânără și în care, în tumoră și metastază, se găsesc calcosferiți.

Caracteristic pentru adenocarcinomul tiroidian de tip folicular este reproducerea în metastază a structurilor tiroidiene aparent normale.

Esofag :

— CARCINOMUL EPIDEMOID și CARCINOMUL GLANDULAR, cu diverse grade de maturitate, pot trimite metastaze în ficat.

Pulmon :

— CARCINOMUL PULMONAR în forma nediferențiată, cu celule gigante și carcinomul „în bob de ovăz“ (celule mici cu citoplasmă puțină, cu nuclei fuziformi, hipercromi cu mitoze; stroma este puțină sau absentă) etc., pot metastaza în ficat, în special pe cale hematică.

B. 3. — Manifestări tumorale hepatice în cadrul bolilor de sistem, sint semnalate următoarele boli :

- limfom malign nehodgkinian
- limfom malign Hodgkinian
- eritroblastoza hepatică

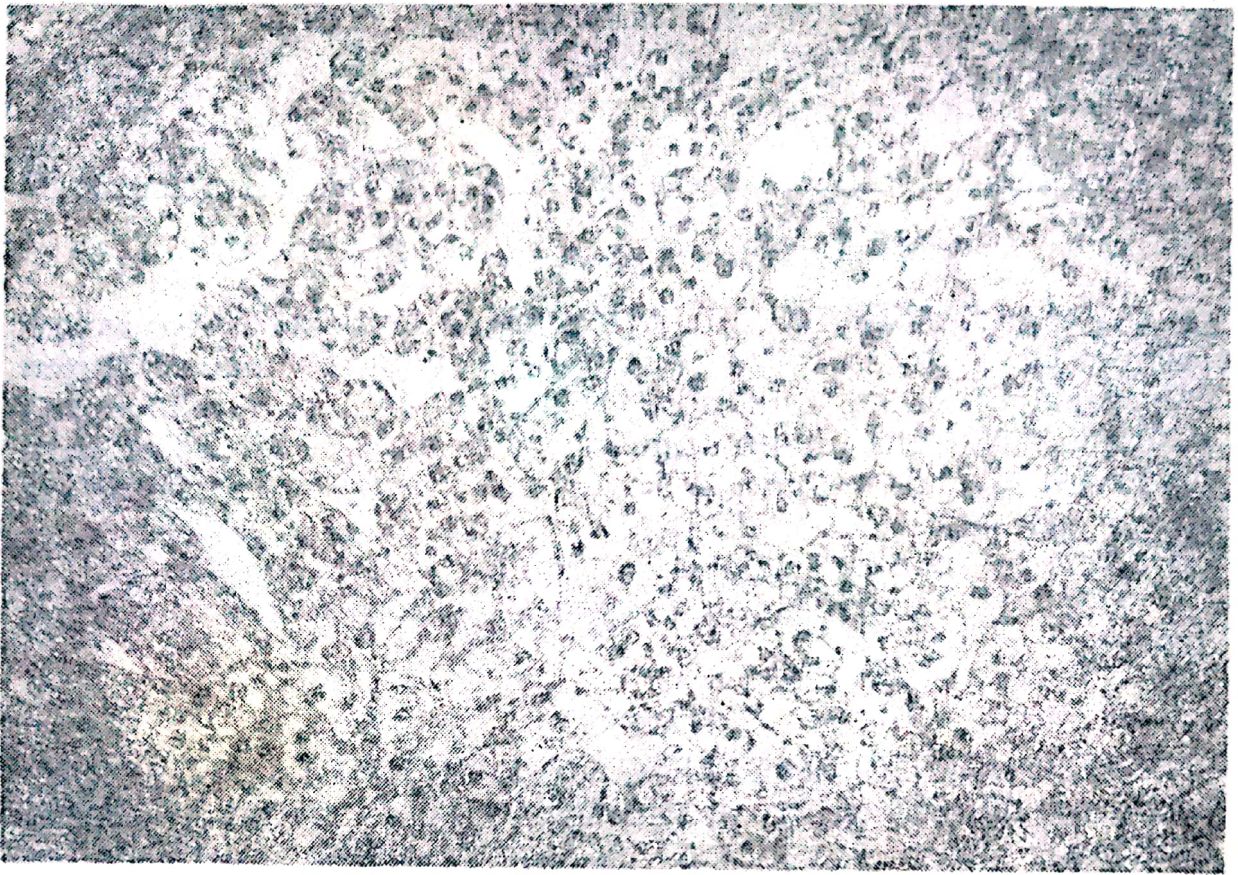
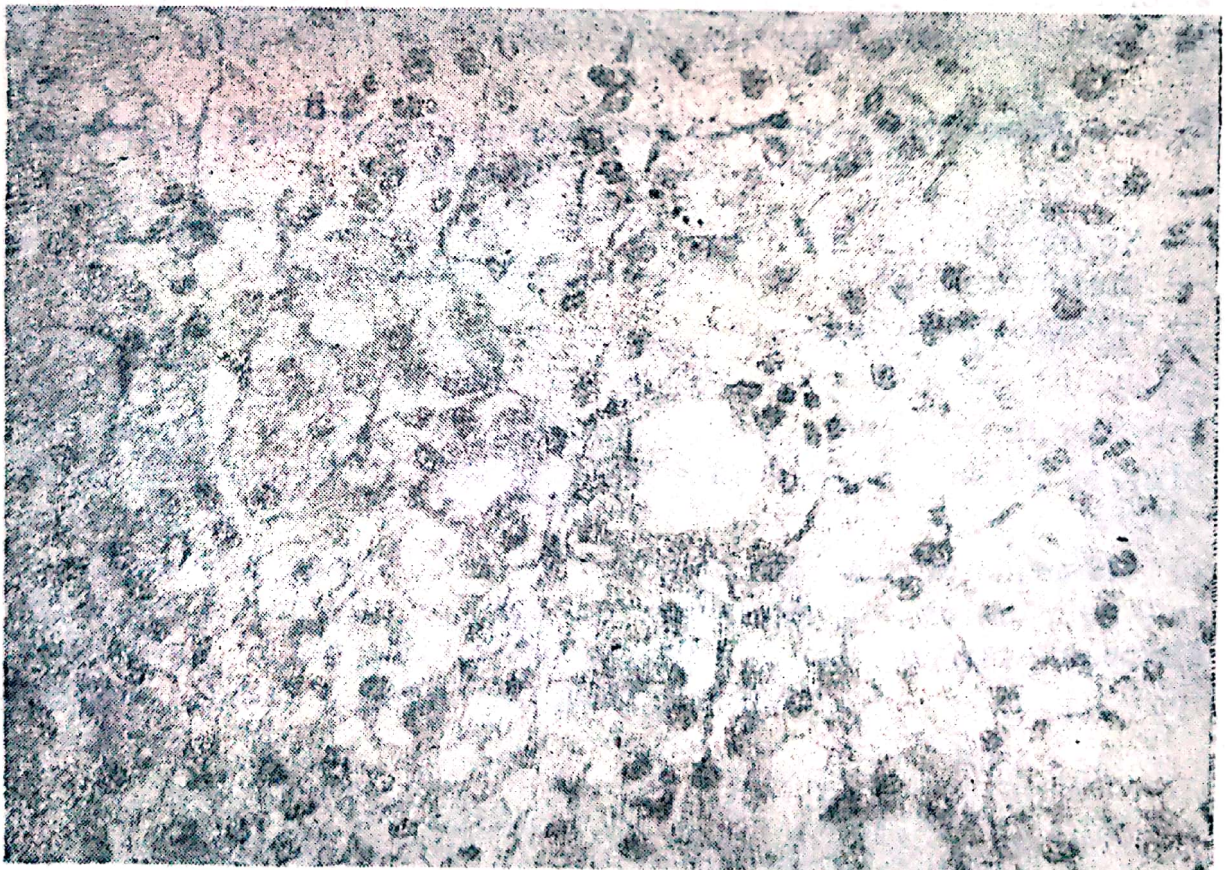


Fig. 40 – x 100, H. E. Hepatom benign

Fig. 41 – x 100, H. E. Hepatom benign



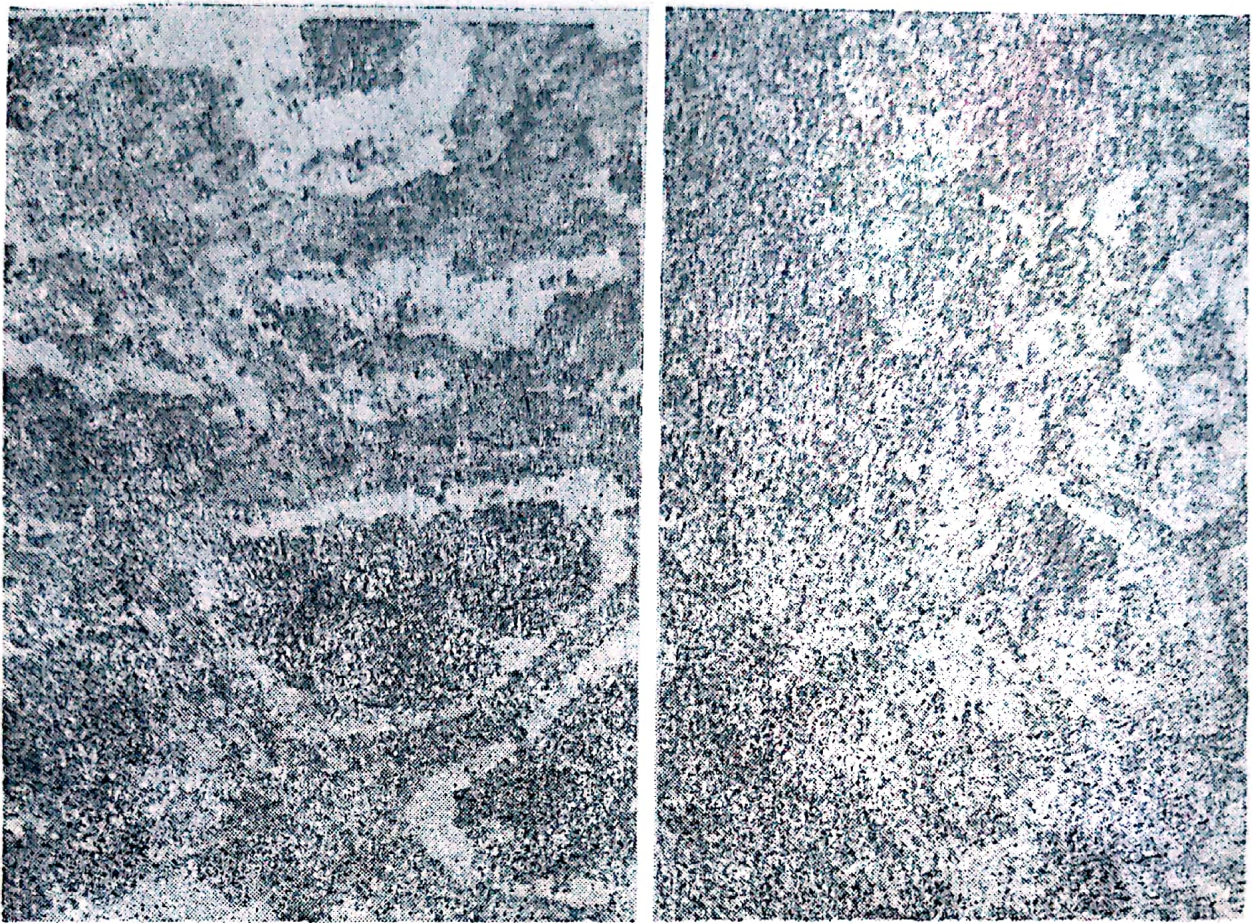
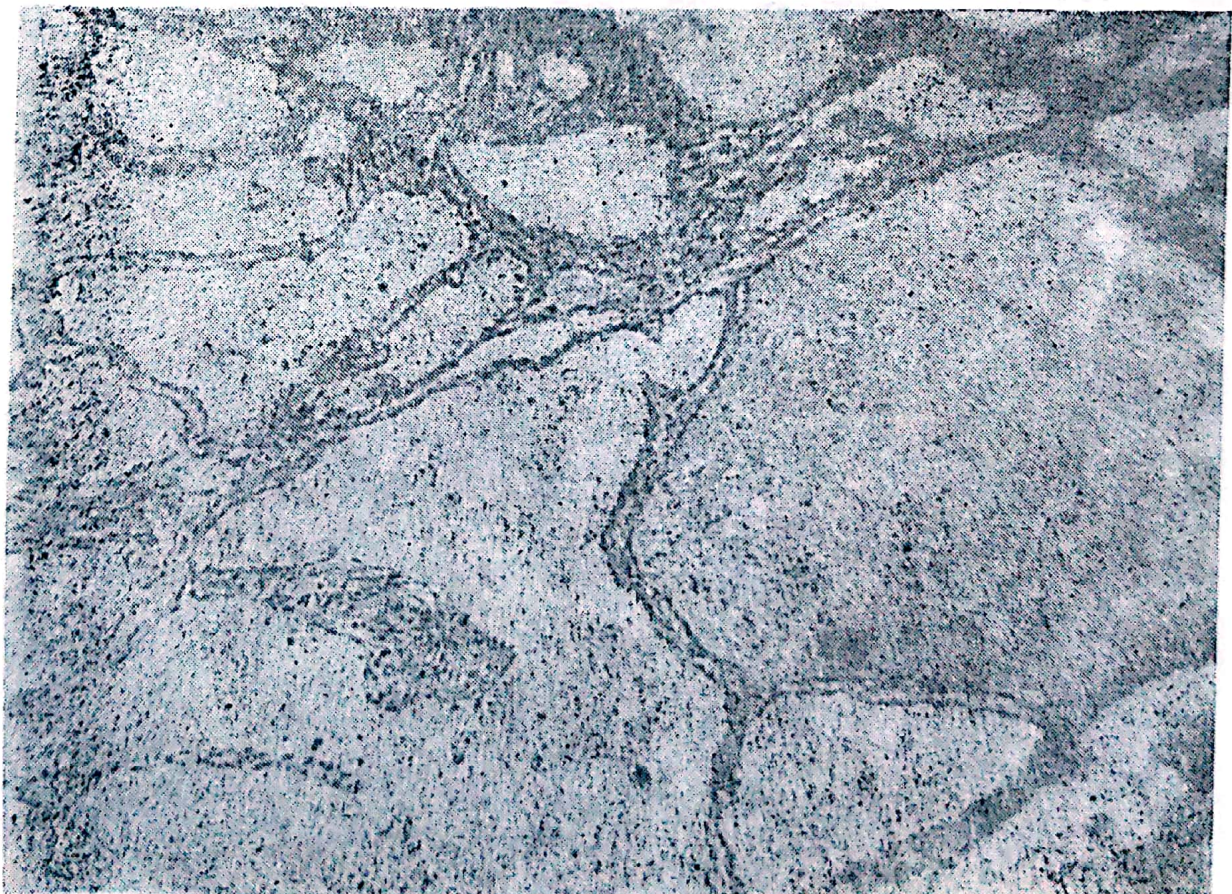


Fig. 42 – x 100, x 200 H. E. Angiom hepatic (hemangiom cavernos)

Fig. 43 – x 100, H. E. Limfangiom



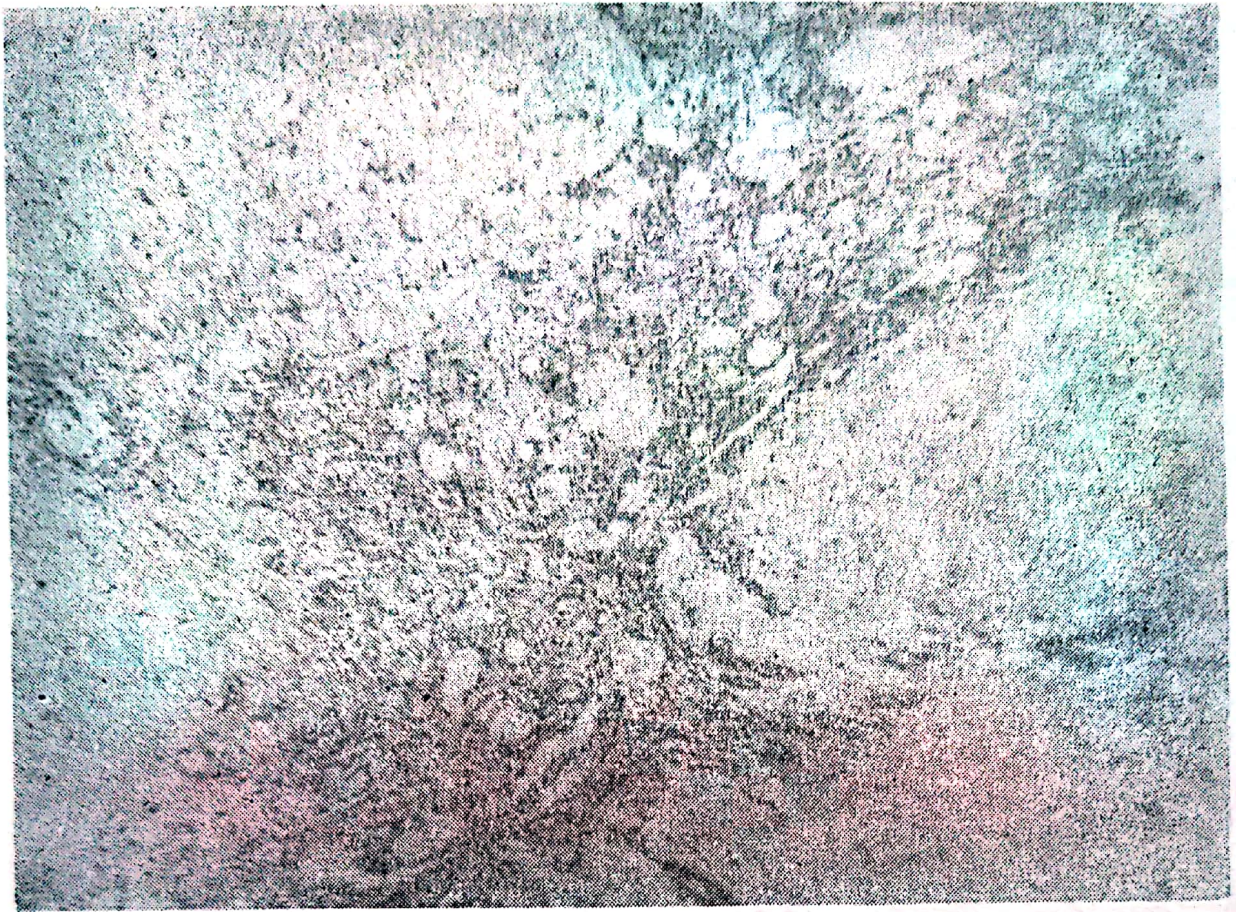
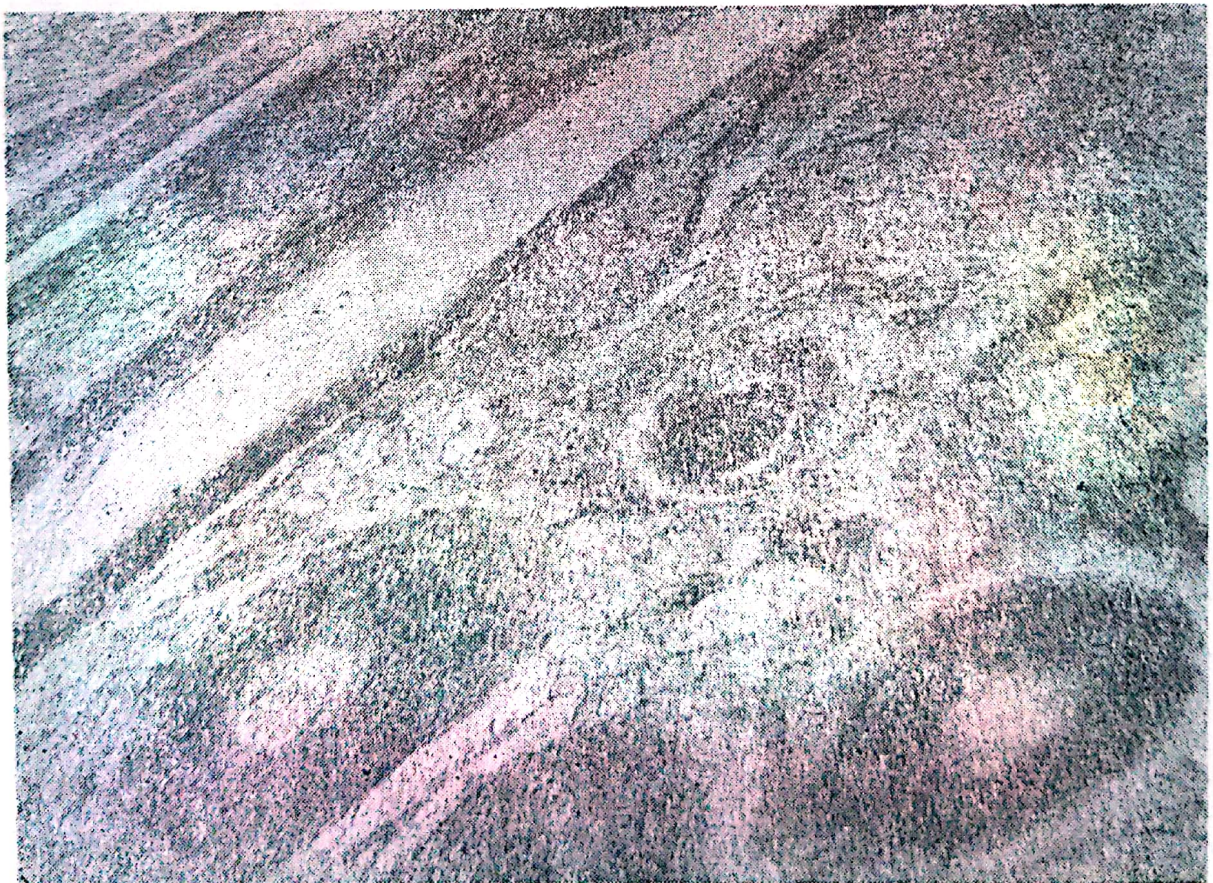


Fig. 44 – x 200, H. E. Tumoră mixtă hepatică

Fig. 45 – x 200, H. E. Teratom hepatic-componente cutanate



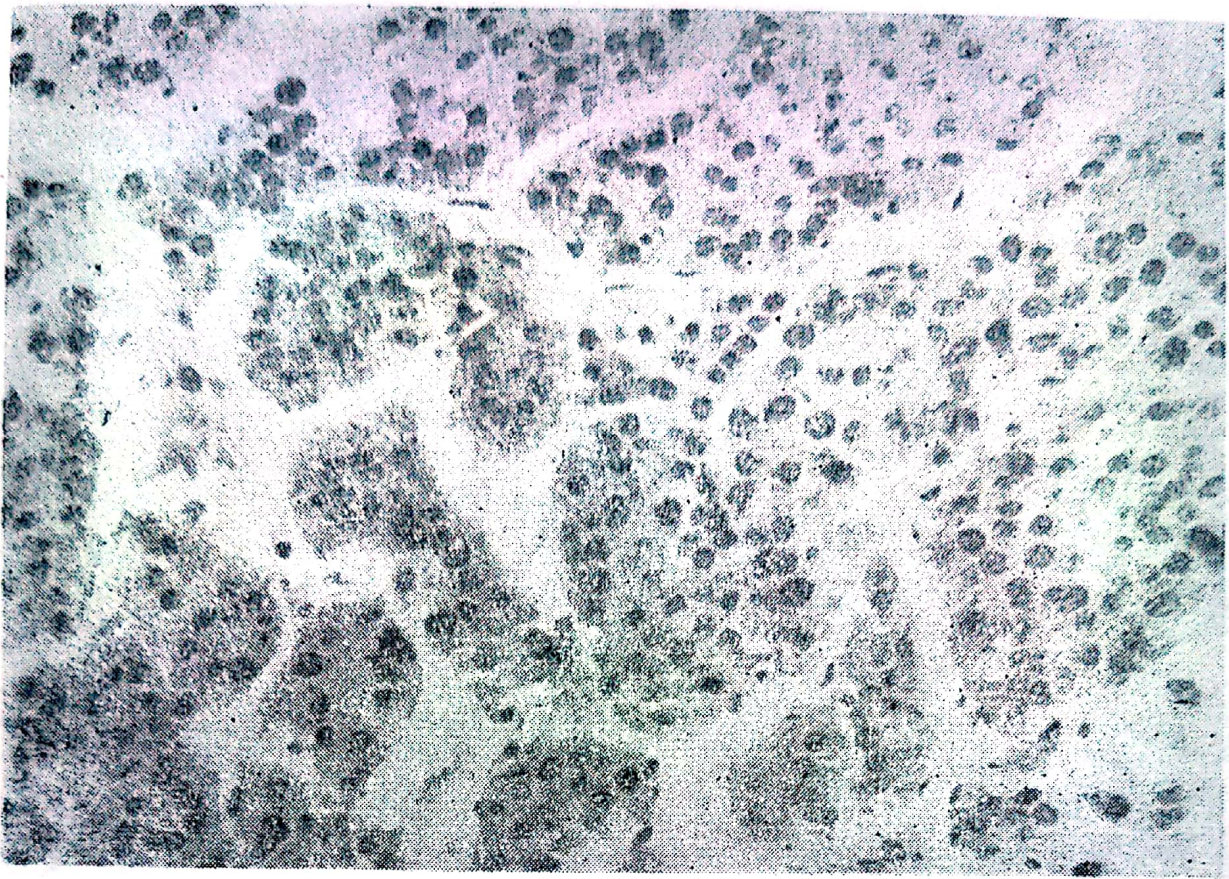
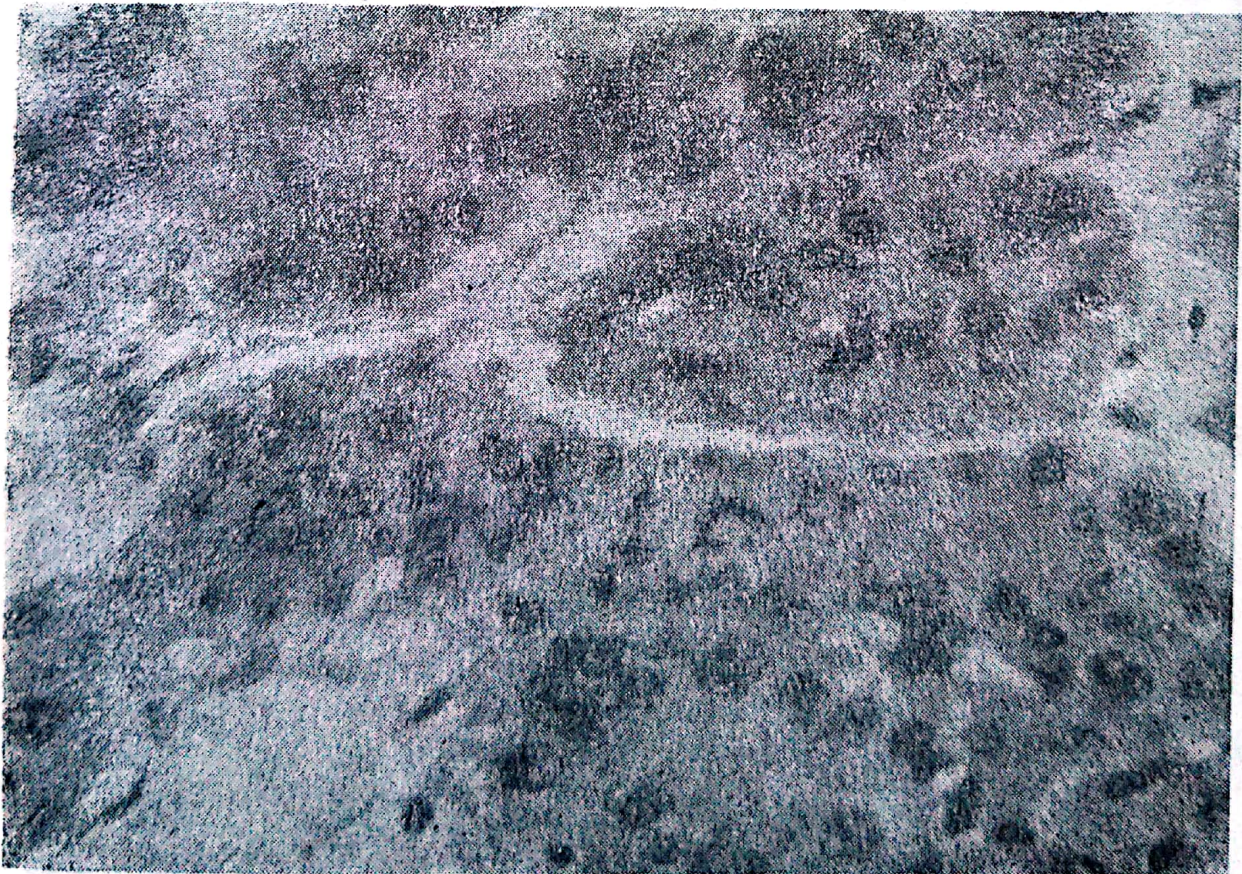


Fig. 46 – x 100, H. E. Hepatom malign

Fig. 47 – x 200, H. E. Hepatom malign



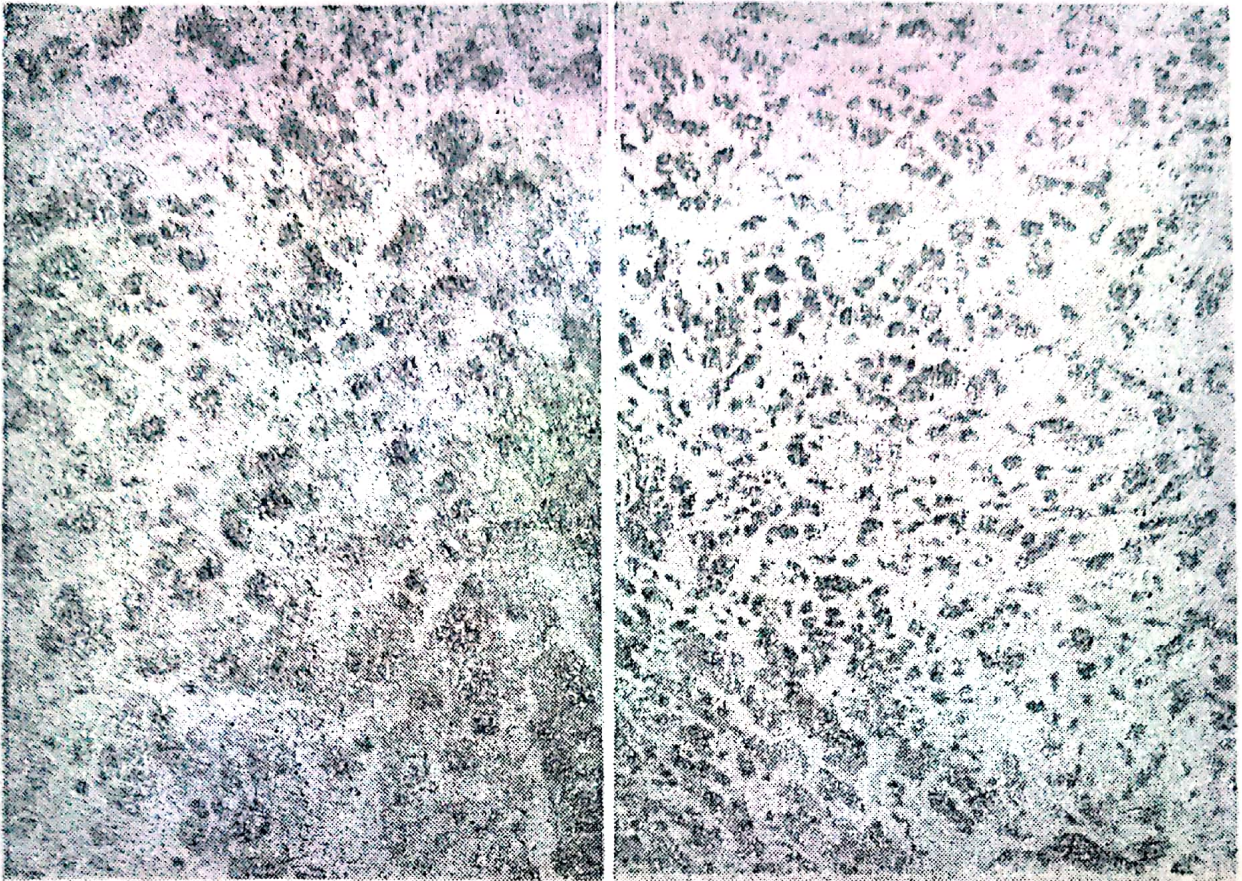
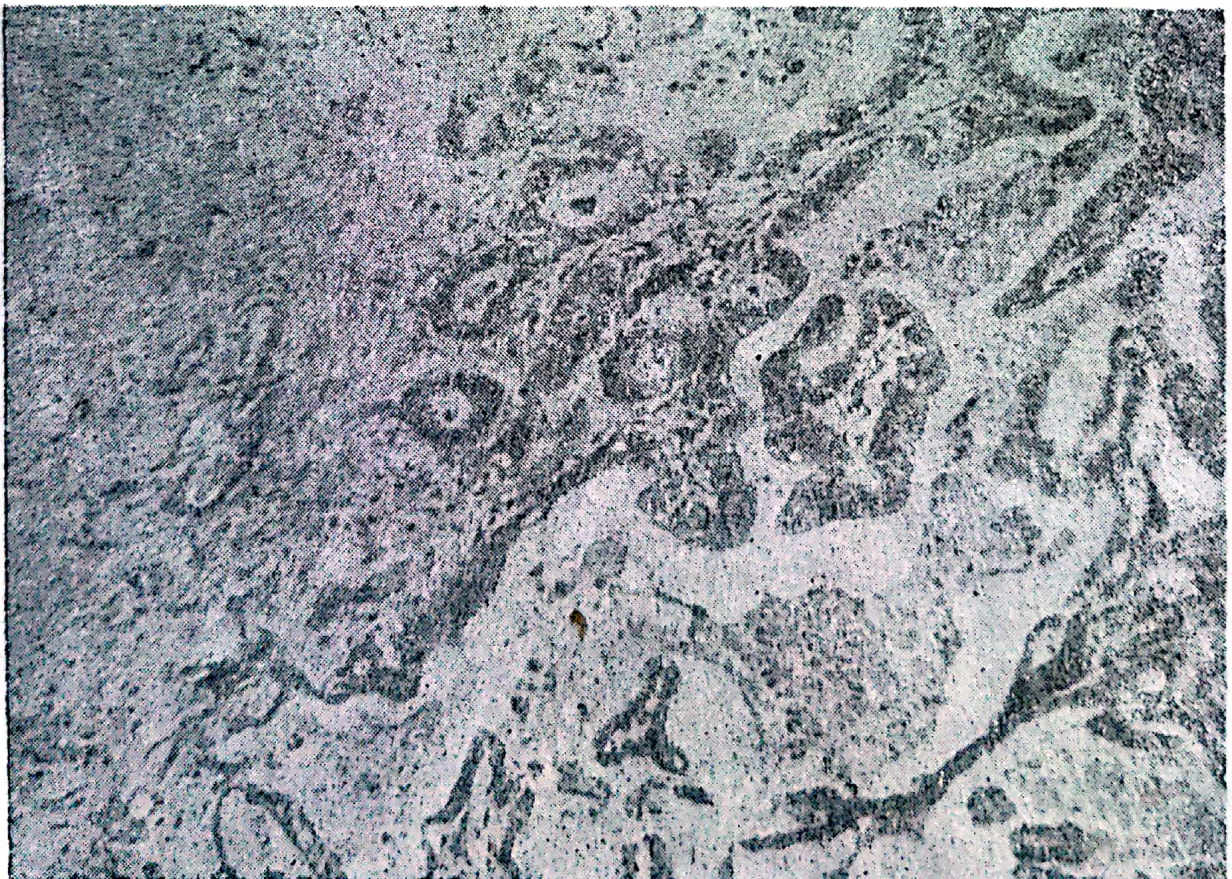


Fig. 48 — x 100, x 200, H. E. Hepatom malign

Fig. 49 — x 100, H. E. Colangiom malign



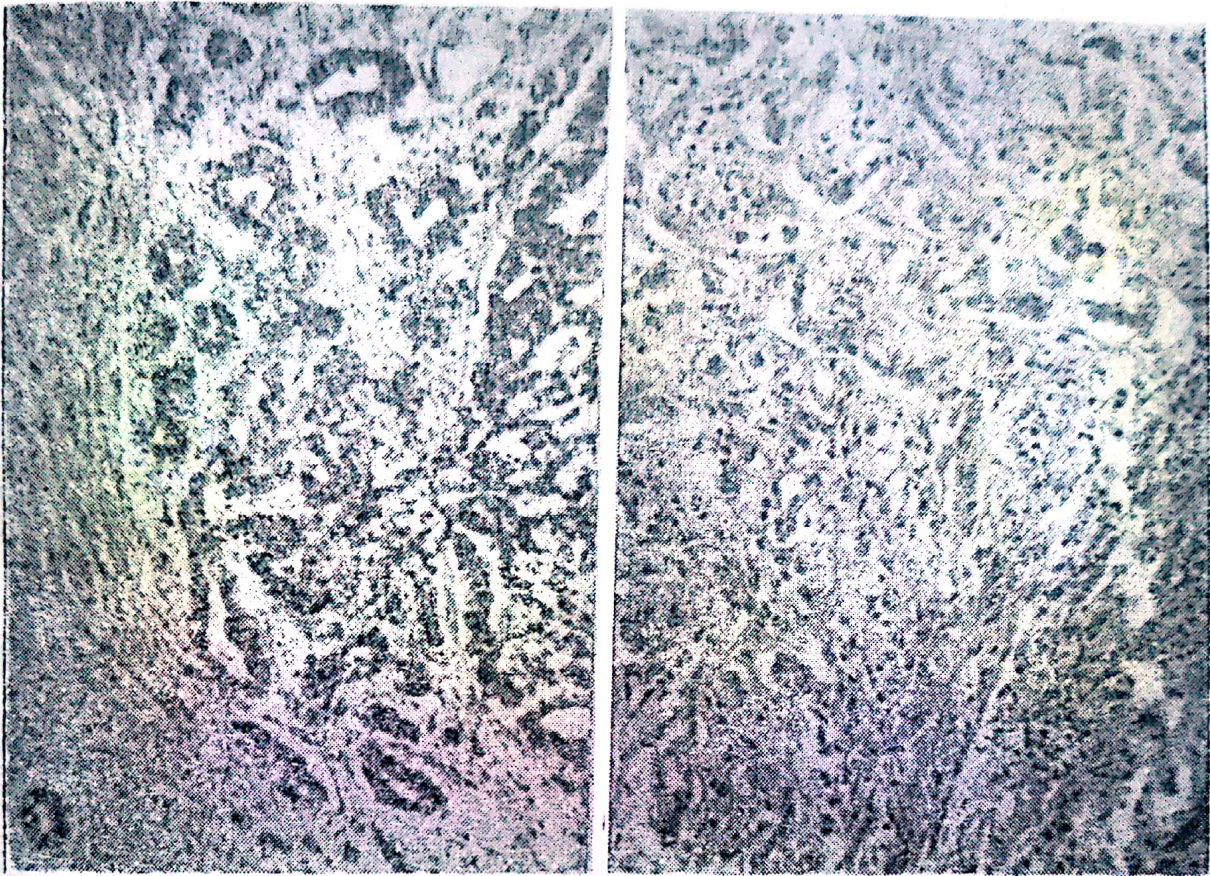
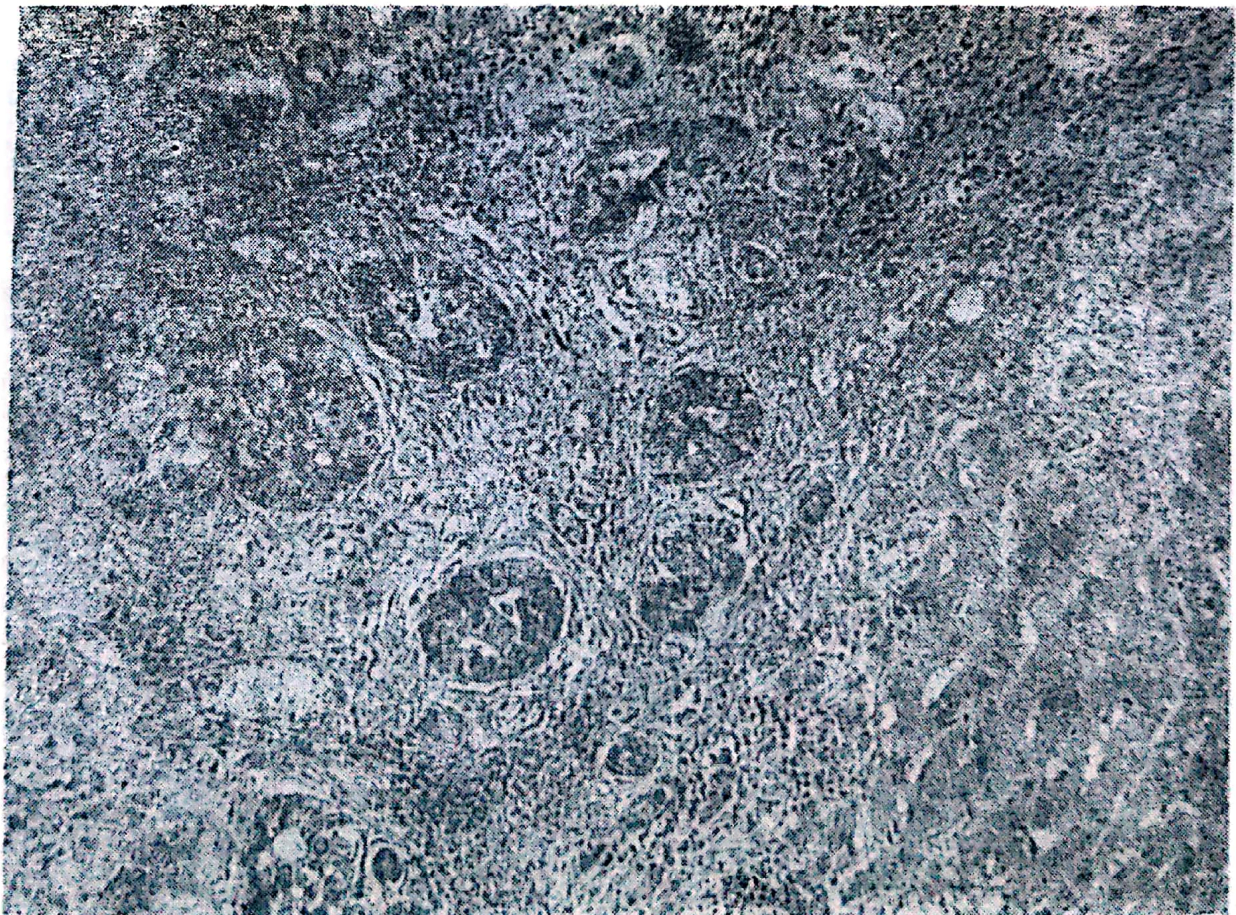


Fig. 50 – x 100, H. E. Colangiom malign

Fig. 51 – x 200, H. E. Colangiom malign



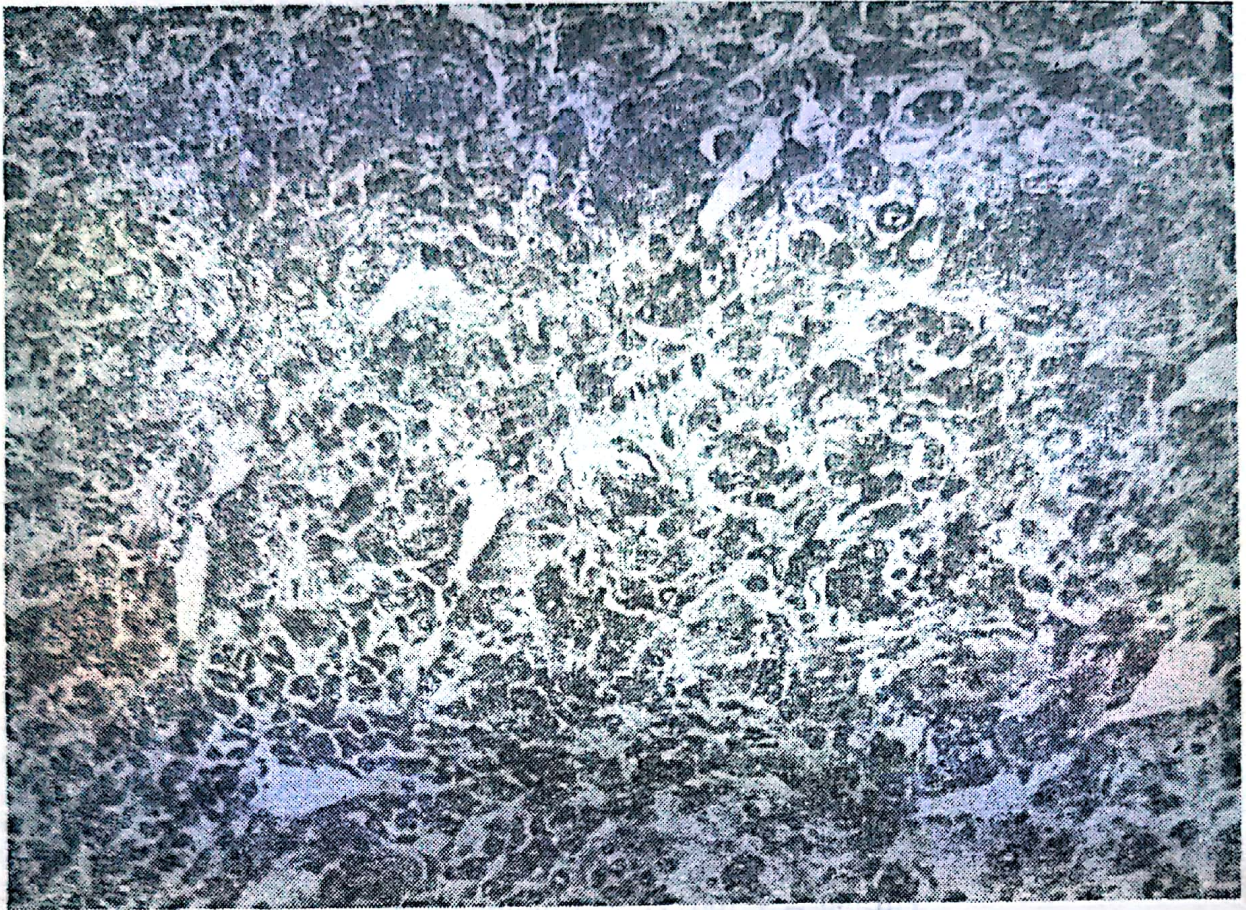
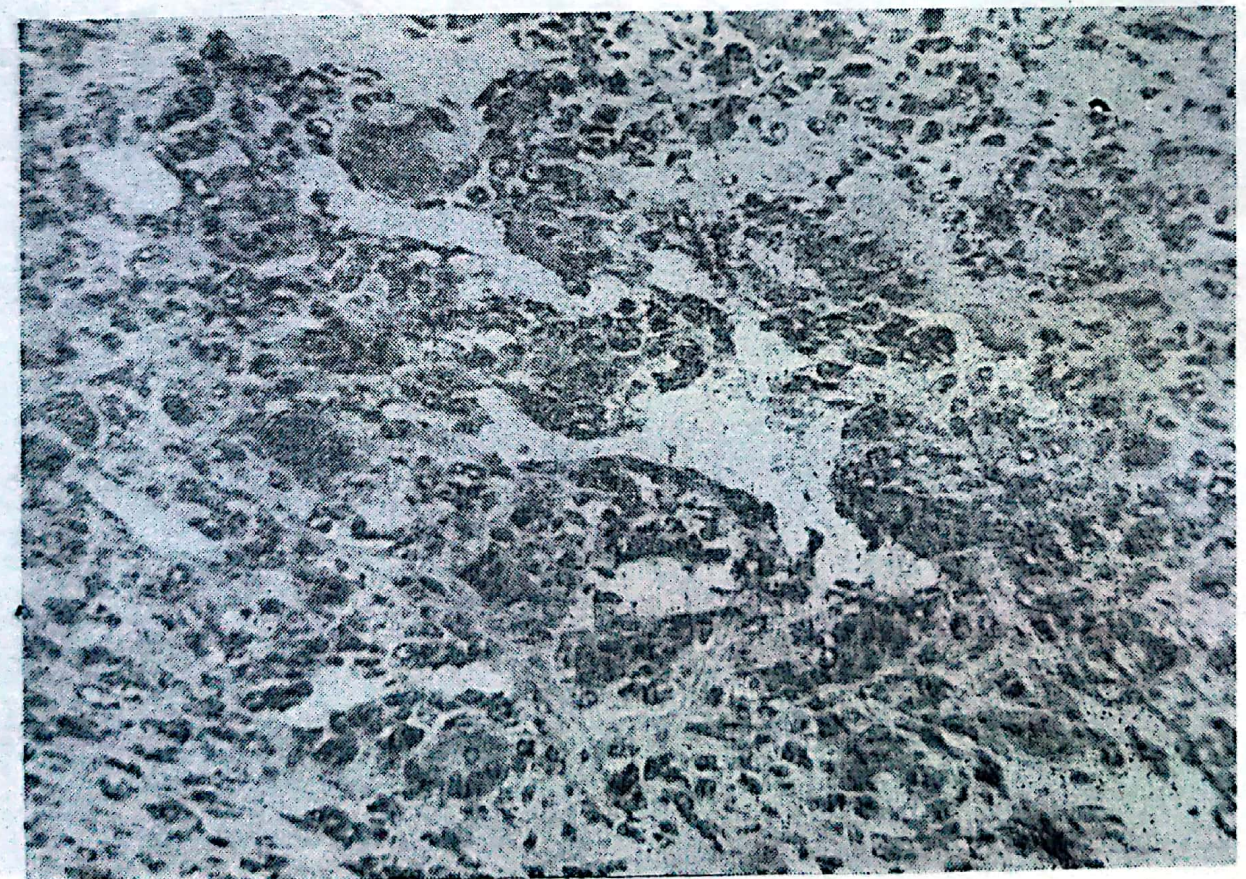


Fig. 52 — x 200, H. E. Angiosarcom hepatic

Fig. 53 — x 200, H. E. Endoteliosarcom



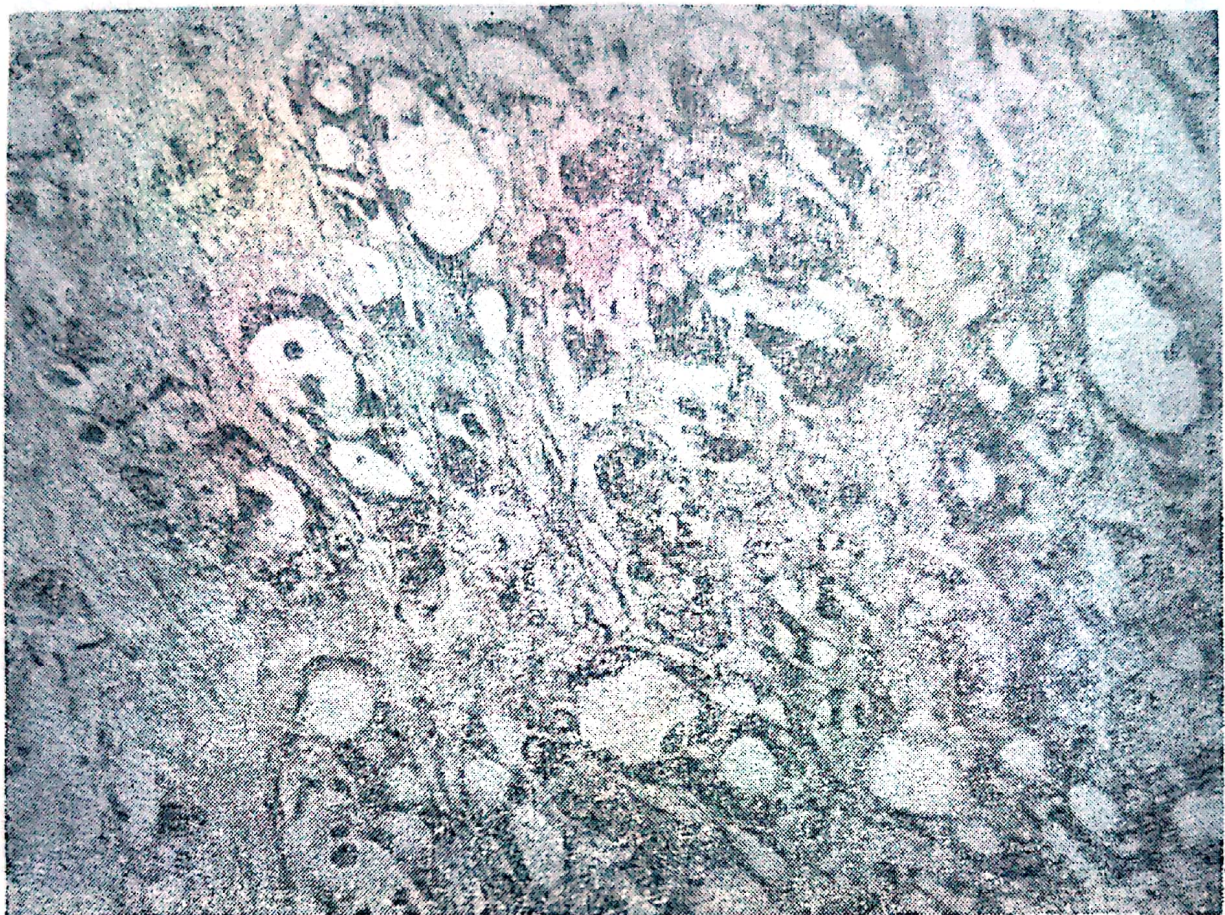
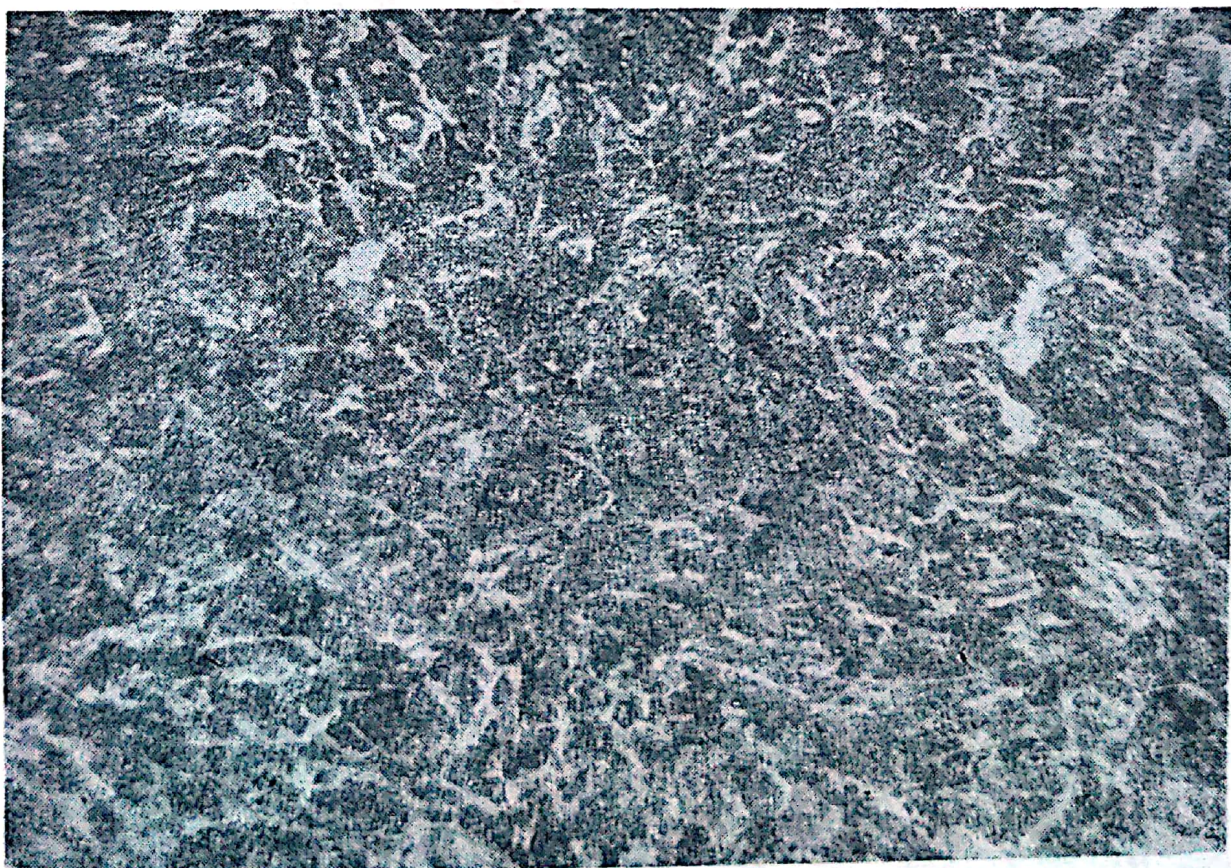


Fig. 54 – x 200, H. E. Endoteliosarcom

Fig. 55 – x 100, H. E. Sarcom nediferențiat



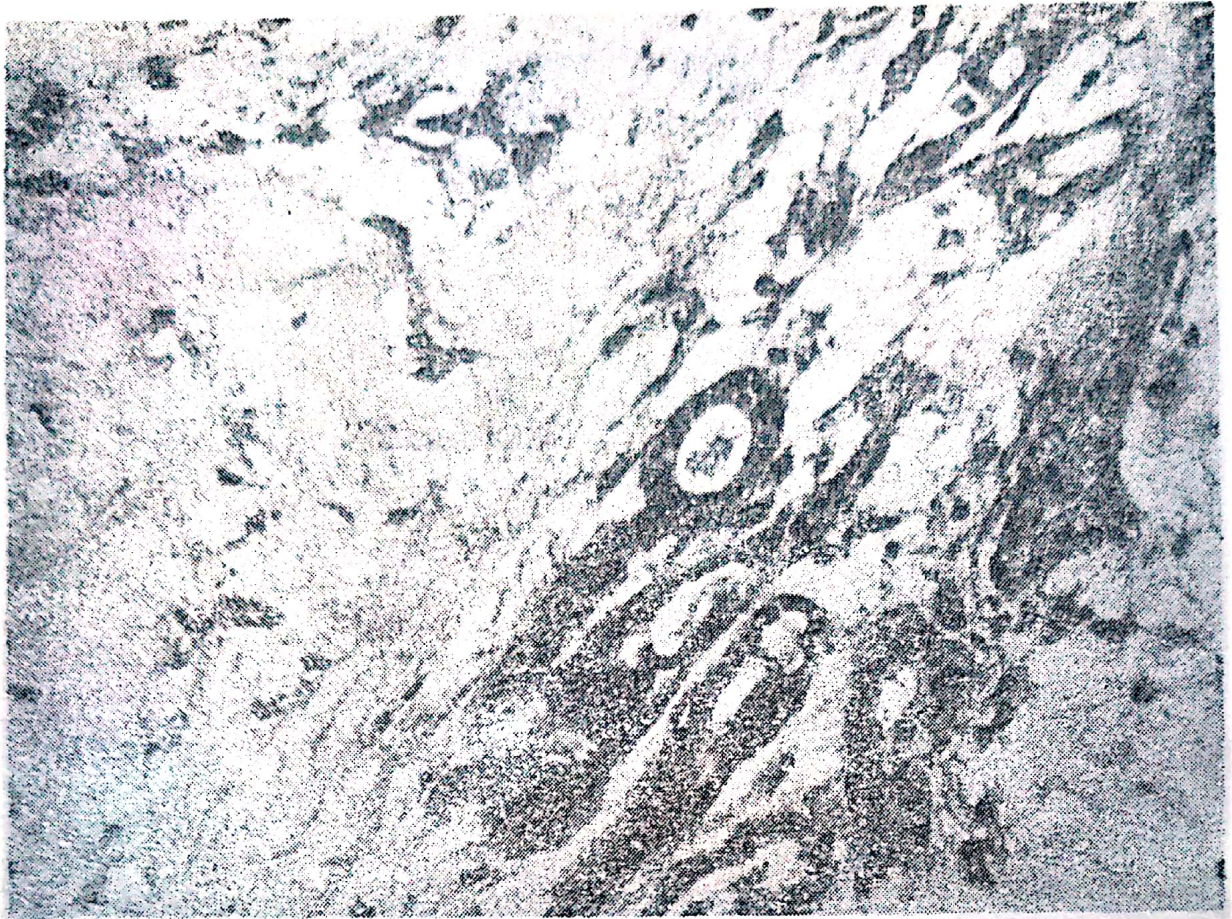
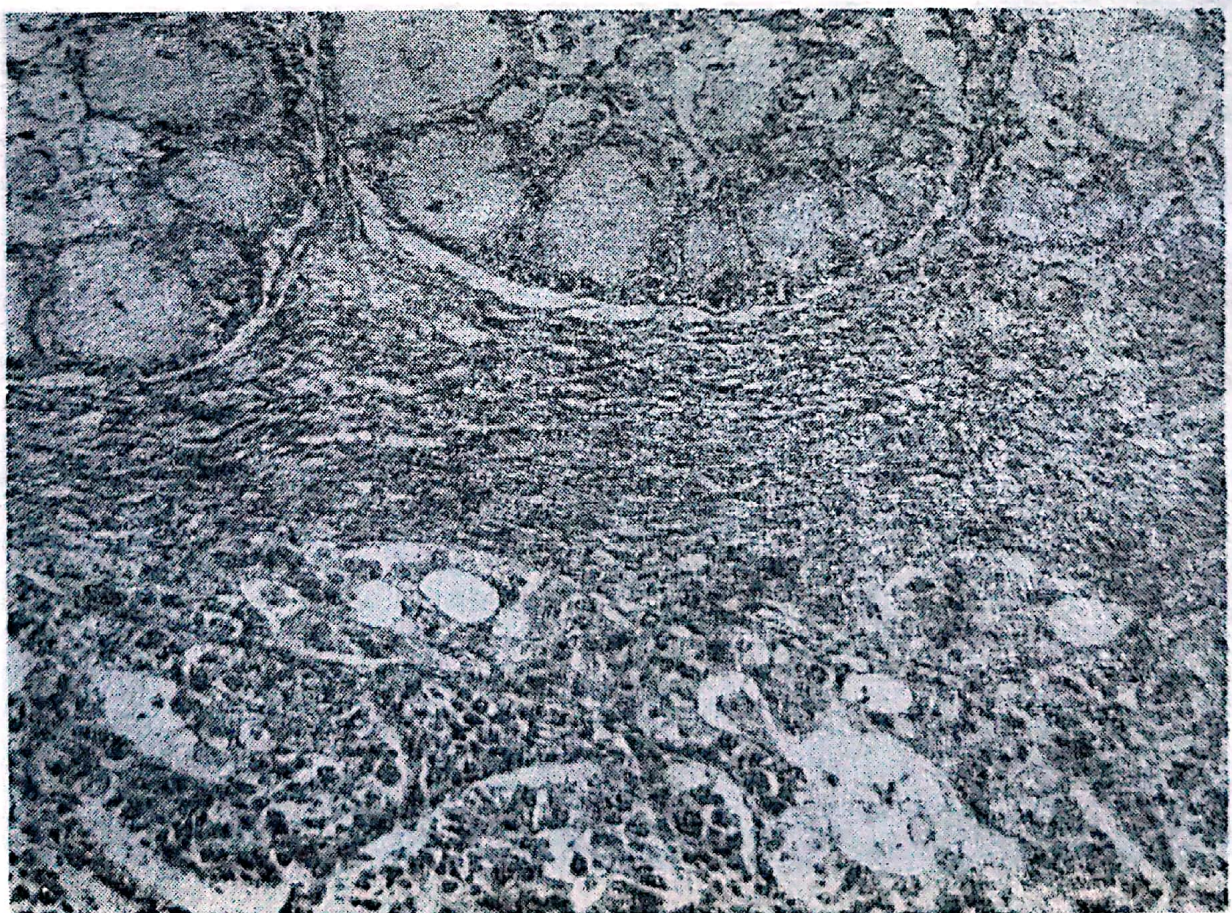


Fig. 56 — x 200, H. E. Teratom malign

Fig. 57 — x 200, H. E. Teratom malign



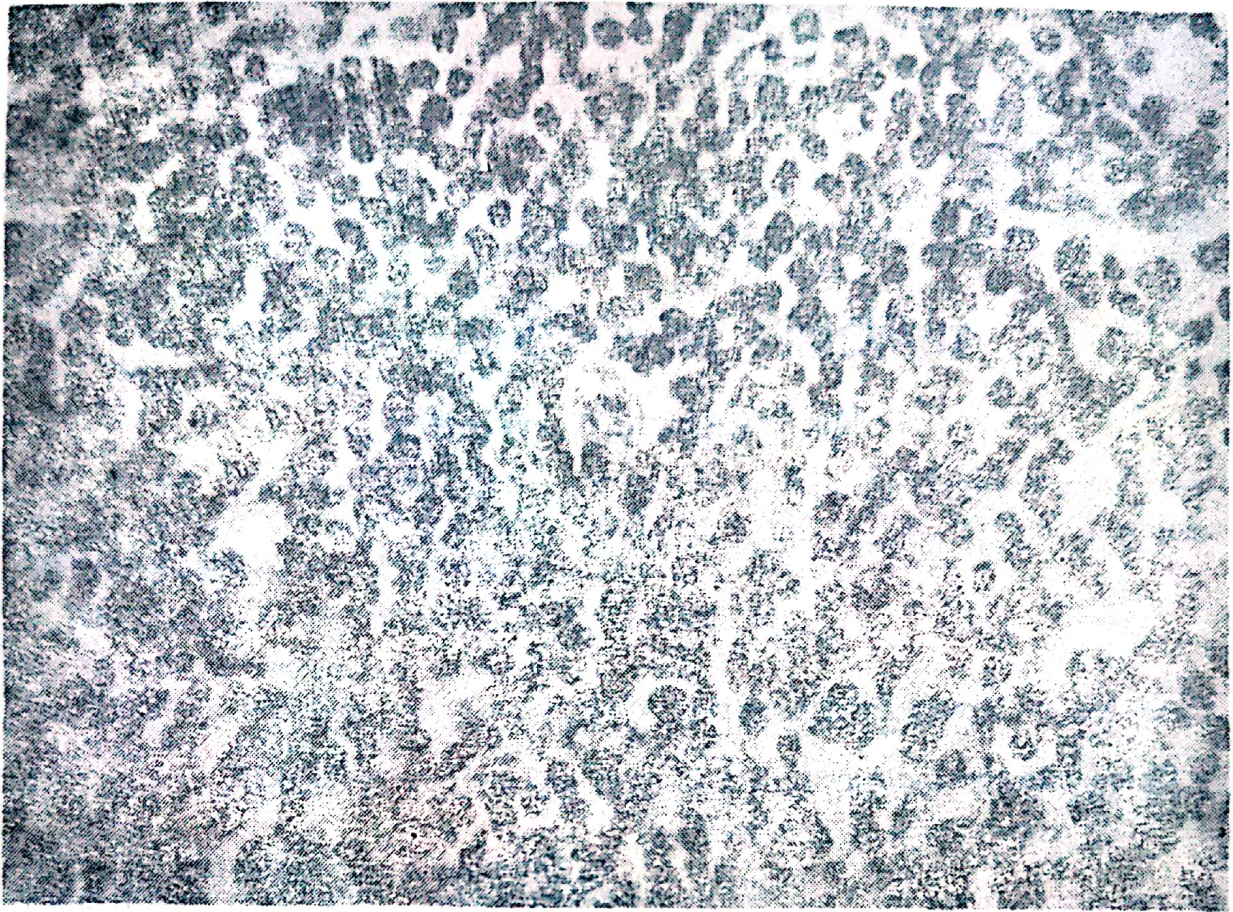
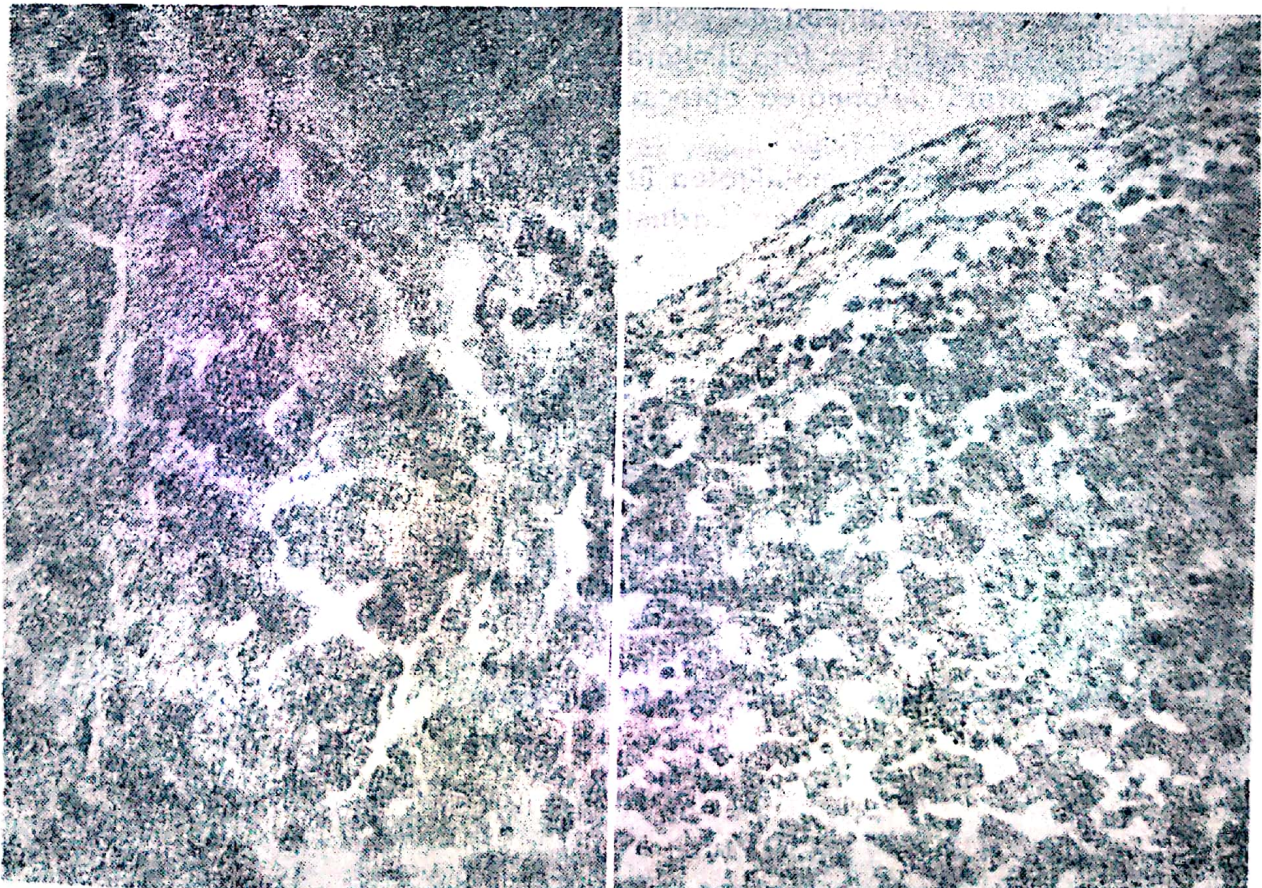


Fig. 58 — x 100, H. E. Limfom Hodgkin

Fig. 59 — x 200, x 100, H. E. Eritroblastoză



VII-XI

TUMORILE APARATULUI URINAR

Rinichi și căi excretorii

GEORGETA TĂRĂBUȚĂ - CORDUN

CLASIFICAREA STADIALĂ CLINICĂ

— Union Internationale contre le Cancer — Geneva — 1968—1972.

1. Clasificarea privește tumorile parenchimului renal și a bazinetului, ea este adresată, de asemenea, și tumorii Wilms (nefroblastom).
2. Sînt prezentate criterii clinice, radiografice și endoscopice.

T. TUMORA PRIMARĂ

T₀. Tumora primară nu este evidentă.

T₁. Rinichiul nu este modificat.

Urografia arată modificări caliceale minime.

T₂. Rinichiul este mărit dar fără limitarea mobilității.

Urografia arată deformarea apreciabilă a unuia sau a mai multor calice sau deplasarea ureterului.

T₃. Rinichiul este mărit și mobilitatea limitată fără completă fixare.

Urografia arată deformarea bazinetului sau este evidentă compresiunea vasculară (varicocel).

T₄. Rinichi mărit cu fixare completă.

N. ADENOPATIE REGIONALĂ

Ganglionii regionali sînt ganglionii subdiafragmatici intra abdominali. Deoarece sînt greu de interpretat, se întrebuițează simbolul N_x care urmează a fi completat cu N_x- sau N_x+ după examenul histologic. Dacă s-a aplicat limfografia, se va nota :

N₀(L). Fără deformarea ganglionilor regionali.

N₁(L). Ganglionii regionali deformați.

M. METASTAZE LA DISTANȚĂ

M₀. Absența metastazelor la distanță (neevidente).

M₁. Metastaze la distanță prezente :

M_{1a} . Numai o singură metastază.

M_{1b} . Metastaze multiple.

CATEGORII HISTO PATOLOGICE

Intre tumori trebuiesc diferențiate tumorile de parenchim (hipernefromul, așa numita tumoră Grawitz), mai ales carcinomul papilar de bazinet și nefroblastomul (tumora Wilms).

a. TUMORILE PARENCHIMATOASE SE ÎMPART ÎN :

P₁. Tumori infiltrând numai parenchimul renal.

P₂. Tumori cu extindere dincolo de rinichi, dar fără infiltrarea intra sau extra renală a vaselor venoase sau / și limfatice.

P₃. Tumori cu infiltrarea vaselor venoase sau / și limfatice intra sau extra renal.

b. TUMORILE PAPILARE SE ÎMPART ÎN :

P₁. Tumori cu infiltrarea țesutului conjunctiv subepitelial.

P₂. Tumori cu infiltrarea mușchiului sau a parenchimului renal, dar fără infiltrarea vaselor venoase sau / și limfatice intra sau extrarenal.

P₃. Tumori infiltrând țesuturile din jur sau / și vasele venoase sau / și limfatice intra sau extrarenal.

c. NEFROBLASTOMUL SE POATE DIVIDE ÎN :

P₁. Tumoră infiltrând numai parenchimul rinichiului.

P₂. Tumoră extinsă dincolo de rinichi dar fără infiltrarea vaselor venoase sau / și limfatice intra sau extrarenal.

P₃. Tumoră infiltrând intra sau extrarenal vasele venoase sau / și limfatice.



CLASIFICAREA TUMORILOR RENALE

(Realizată prin coordonarea clasificărilor curente și prin completări personale)

VII. TUMORI ALE PARENCHIMULUI RENAL

A. – TUMORI BENIGNE

1. Tumori epiteliale : adenoame : tubular

papilar alveolar	}	cu celule clare, acidofile și bazofile în proporții variabile.
---------------------	---	---
2. Tumori conjunctive : fibrom, lipom, hemangiom, limfangiom, heman-
giopericitom, leiomiom, rabdomiom, neurofibrom, tumora aparatului juxta-glomerular.
cu combinații între diversele forme :
angio-mio-lipom, mixo-lipom, fibro-mio-lipom,
etc.
3. Pseudotumori disontogenetice :
 - a. – endometriom ;
 - b. – chisturi dermoide ;
 - c. – incluzii de cortico-suprarenală ;
 - d. – incluzii condrale și osoase.

B. – TUMORI MALIGNE (PRIMARE)

1. – Tumori epiteliale – Carcinoame :
 - a. – carcinomul cu celule clare și acidofile ;
 - b. – adenocarcinomul cu celule clare, eozinofile și bazofile ;
 - c. – carcinomul alveolar (anaplazic) ;
 - d. – carcinosarcomul renal ;
 - e. – oncocitomul ;
 - f. – carcinomul tubilor uriniferi ;
 - g. – carcinomul „bellinian” ;
 - h. – carcinomul metaplazic epidermoid al tubilor renali.

2. – Tumori conjunctive – Sarcoame :

- fibrosarcom
- liposarcom
- leiomiosarcom
- rabdomiosarcom
- angiosarcom – hemangioendoteliosarcom
- osteosarcom

3. – Alte tumori :

- limfom malign (Hodgkinian și nehodgkinian)
- tumora Wilms
- plasmocitomul renal

C. – TUMORI MALIGN SECUNDARE

VIII. – TUMORI ALE CAPSULEI RENALE

TUMORI BENIGNE

- Tumori conjunctive :
- fibrom
 - lipom
 - angiom
 - leiomiom
 - mixom

TUMORI MALIGN

- Tumori conjunctive :
- fibrosarcom
 - fibro-lipo-sarcom
 - angio-fibro-sarcom
 - leio-mio-sarcom
 - mixosarcom
 - sarcom osteogenic

VII. A. – Tumori ale parenchimului renal

VII. A. 1. – Tumori benigne epiteliale

ADENOMUL CORTICAL : $\left\{ \begin{array}{l} \text{solid} \\ \text{chistic} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{unic} \\ \text{multiplu} \end{array} \right.$

Frecvență : incidența sa este de 0,13% (Yarman și Spence). Este frecvent întâlnit la necropsii (tumori de mici dimensiuni).

Date clinice : tumora este prezentă în 1/5 din cazuri la sexul masculin și 1/10 la sexul feminin. Ca simptome clinice, tumora este sesizabilă în funcție de volum. Concomitența sa cu adenocarcinomul renal este de 4,4%.

Macroscopie : tumora este de dimensiuni variabile, este situată în corticala rinichiului, este dură, brun-gălbuie. Prezintă două aspecte macroscopice : aspect chistic (cu proliferări papilare) și solid (când tumora este bine încapsulată). Adenomul cortical poate fi unic (rar) sau multiplu și este, uneori, asociat cu nefroscleroza.

Microscopie : tumora este formată din celule clare sau întunecate dispuse sub formă de :

— ADENOM TUBULAR (structuri tubulare cu epiteliu cubic, cu celule clare, spumoase sau acidofile).

— ADENOM PAPILAR (cavități chistice cu proliferări papilare endocavitare. Epiteliul este format din celule acidofile și granulare dispuse pe un ax conjunctivo-vascular).

— ADENOM ALVEOLAR (zone compacte de celule mari, poliedrice, cu citoplasma granulară, acidofilă).

Evoluție : tumoră benignă cu malignizare foarte rară.

VII. A. 2. — Tumori benigne conjunctive

A. 2. a. — FIBROMUL RENAL

Frecvență : 10,2% la femei, 6,7% la bărbați (pe piese de autopsie adulți).

Date clinice : sesizabil numai la volum mare.

Macroscopie : tumoră unică sau multiplă, de obicei de mici dimensiuni, în majoritatea cazurilor situată în medulară, rar în corticală. Pe suprafața de secțiune este netedă, alb-cenușie.

Microscopie : tumora este constituită din țesut fibro-hialin, eventual (pseudo-mixomatos), uneori cu câteva formațiuni tubulare incluse incidental. Diagnosticul diferențial se face cu fibro-sarcomul.

A. 2. b. — LIPOMUL RENAL

Date clinice : tumora este sesizabilă numai la volum mare și în situația de lipom bazinetal, când se pot produce fenomene de atrofie renală prin compresiune de pedicul renal.

Macroscopie : tumora este de volum variabil, în mod obișnuit delimitată de o capsulă subțire, are aspect gras (culoare galbenă) și prezintă septuri fibroase. Lipomul este frecvent localizat în capsulă, țesut perirenal sau hil. Diagnosticul diferențial se face cu lipomatoza compensatorie.

Microscopie : tumora este formată din lipocite și septuri fibroase. În 50% din cazuri, ea este asociată cu un fibrom, mai rar cu angiom sau miom, caz în care tumora poartă denumirea de angio-mio-lipom. Ea poate fi plurifocală, bilaterală și de mici dimensiuni (când face parte din componentele sclerozei tuberoase Bourneville), sau poate fi solitară și de dimensiuni apreciabile (când este de sine stătătoare). Sînt raportate în literatură aproximativ 200 de observații de angio-mio-lipom renal. Simptomele obișnuite ale acestei tumori sînt : durere, hematurie, tumoră, fenomene de compresiune (Mc Cullough și col).

A. 2. c. — HEMANGIOMUL RENAL

Frecvență : 116 cazuri publicate în literatură (72 renale, 4 ureterale, 40 vezicale) pînă în 1958. O altă statistică, din 1967, raportează peste 150 de observații (Peterson și Thompson) pînă în acel an.

Date clinice : simptomele principale sînt : hematuria, durerile lombare. Hematuria poate fi constantă sau intermitentă. Tumora este egal distribuită la cele două sexe, fără preferință pentru rinichiul stîng, sau drept, în mai puțin de 1% ea poate fi bilaterală (vezi asocierea cu miolipomul renal).

Macroscopie : tumora este situată frecvent în medulară sau în bazinet, rar în corticala renală. Ea reprezintă dimensiuni variabile, este renitentă, roș-violacee.

Microscopie : proliferări vasculare (capilare sau vase caver-noase) cu pereți subțiri și conținut sanghin.

U. E. Peterson, H. T. Thompson — The Journ. of Urology, 105, 1, 27-31, 1971.

A. 2. d. — LIMFANGIOMUL RENAL

Frecvență : 12 cazuri citate în literatură pînă în 1969.

Date clinice : fără preferință pentru vîrstă, simptomele de bază sînt durere, hematurie, tumoră, iar pentru diagnostic este indicat examenul radiologic.

Macroscopie : limfangiomul este o tumoră chistică, uni sau pluriloculară, din care se elimină un lichid cu aspect lăptos, limfatic.

Microscopie : tumora este formată din aglomerări de vase limfatic, dilatate, separate prin pereți conjunctivi, subțiri.

A. 2. e. — HEMANGIOPERICITOMUL RENAL

Hemangiopericitomul este o tumoră foarte rar întîlnită la nivelul rinichiului. Din punct de vedere morfologic, nu există nici o deosebire între hemangiopericitomul renal și aceeași tumoră de la alte nivele. În 1967, Robertson și Kihara (cit. de

Conn și col.) au descris, fiecare separat, o formă mai particulară de hemangiopericitom, care a fost apoi considerată ca fiind, de fapt, o entitate aparte.

A. 2. f. – TUMORA APARATULUI JUXTAGLOMERULAR RENAL

Frecvență : au fost publicate 11 observații clinice, pînă în 1977.

Date clinice : afecțiunea a fost întâlnită numai la persoane tinere, în aceeași măsură la ambele sexe. În faza de stare a bolii simptomele caracteristice sînt : hipertensiune arterială evolutivă, hiperreninemie, hiperaldosteronism, hipokaliemie. Uneori a fost asociat sindromul poliuropolidipsic și o proteinurie moderată.

Explorările sistemului renină-angiotensină precizează diagnosticul. Arteriografia renală poate să pună în evidență sediul tumorii.

Afecțiunea evoluează, de obicei, lent, ca o hipertensiune arterială cu istorie de lungă durată. Alteori, evoluția a fost mai rapidă.

Marcoscopie : tumora este întotdeauna mică, cu diametrul de 1—4 cm. Ea apare ca un nodul cortical izolat, uneori cu sediul subcapsular, fără preferință pentru vreunul din poli renali. Pe secțiune, are culoarea alb-gălbuie sau cenușie, este fermă, cu mici focare hemoragice. Tumora contrastează net față de țesutul din jur și permite, uneori, să fie enucleată fără dificultate.

Macroscopie : caracterul general este al unei tumori benigne cu aspect endocrinoid. Cîmpul microscopic este dominat de o bogată rețea de capilare și cîteva arteriole cu pereți fibro-hialini, între care se găsesc aglomerări sau travee de celule tumorale, poligonale sau fuziforme, cu nucleu rotunjiți sau neregulați, cu nucleoli, fără mitoze. Citoplasma celulelor este clară, eozinofilă sau granulară, în raport cu starea funcțională a celulei. Examenul cu fluorescență cu tioflavină T (metoda Janigan), ca și reacția Bowie precizează că granulațiile sînt asemeni celor din celulele epitelioidale din aparatul juxtaglomerular. Microscopia electronică informează în plus că aceste formațiuni-granulații și corpi romboidali au structură intens paracristalină și sînt granule de secreție, asemeni celor descri-

se în același aparat juxtaglomerular, ceea ce atestă încă odată originea juxtaglomerulară a tumorii.

În afara acestor structuri, tumora mai deține, de obicei, numeroase mastocite, care par să participe la activitatea funcțională a tumorii, dar a căror semnificație nu este încă bine cunoscută. Se presupune că, prin secreția de heparină, mastocitele ar contribui la inhibarea reninei. Tumora este delimitată la periferie de o pseudocapsulă conjunctivă, în care sînt arteriole cu sclerohialinoza pereților.

Evoluție: din punct de vedere histologic, tumora aparatului juxtaglomerular este o tumoră benignă; malignitatea clinică este în raport cu gradul hipertensiunii arteriale.

P. Baldet et A. Mimran — Ann. d'Anat. path. Paris, 1, 22, 21-40, 1977.
 W. W. Conn, E. L. Cohen, Ch. P. Lucas, W. J. McDonald, G. H. Mayor, W. M. Blough, W. C. Eveland, J. J. Bookstein, J. Lapidus — Arch. Int. Med. 130, 5, 1972.

A. 2. g. — LEIOMIOMUL RENAL

Frecvență: 227 leiomioame din 312 tumori conjunctive renale benigne, studiate de Apitz — (1946).

Macroscopie: tumora este de dimensiuni variabile, bine încapsulată, are aspect muscular și localizare capsulară sau subcapsulară. Poate fi confundată cu fibromul, adenomul sau lipomul.

Microscopie: tumora este alcătuită din țesut muscular neted în formă pură sau cu aspect de fibroleiomiom, lipoleiomiom, mixoleiomiom.

Evoluție: malignizare excepțională.

A. 2. h. — RABDOMIOMUL RENAL

Frecvență: tumoră excepțională.

Date clinice: fără preferință de sex sau vîrstă; simptomele sînt în funcție de volum și localizare.

Macroscopie: tumoră lobulată, relativ delimitată, brun-opacă, pe secțiune.

Microscopie : tumora este alcătuită din fibre musculare striate cu diverse orientări, celulele prezintă nucleu unic sau multiplu, nucleii sînt uniformi, hipocromi.

Evoluție : tumora este benignă, malignizarea este excepțională.

A. 2. i. – NEUROFIBROMUL (SCHWANNOMUL) RENAL

Frecvență : tumoră excepțională.

Macroscopie : tumora este situată în corticală sau în medulară, este unică sau multiplă, încapsulată, cu suprafața de secțiune alb-cenușie.

Microscopie : celule fuziforme în palisadă.

Evoluție : potențial de malignizare.

VII. A. 3. – Resturi (pseudotumori) disontogenetice

A. 3. a. – ENDOMETRIOZA RENALĂ (Chistadenomul endometrial) :

Frecvență : apariție excepțională. Prima formațiune de acest fel menționată în literatură (Marshall) era situată în medulara renală și avea o greutate de 800 gr. Formațiunea era chistică, neregulată, multioculară; în chisturi se găsea un lichid brun și sînge coagulat. Pînă în 1969, sînt citate în literatură 6 cazuri de endometrioză, traduse clinic prin hematurie (Miles și col.).

Macroscopie : proliferarea este alcătuită din glande endometriale și corion citogen cu variații ciclice, asemeni endometriului, provenite, după unele opinii, din celule müllerine incluse în metanefros, într-o fază foarte precoce.

A. 3. b. – CHISTUL DERMOID RENAL

Chistul dermoid renal este foarte rar semnalat și se poate prezenta fie ca o formație chistică cu înveliș epidermoid și conținut consistent cu celule descuamate, păr și grăsimi, sau ca o formațiune chistică cu conținut păstos, sebum, os, cartilaj,

calcificări. El poate fi situat și pararenal și este considerat ca provenind din resturile canalului Wolff.

H. B. Miles, K. W. Falconer — The Journ. of Urology, 102, 3, 291-293, 1969.

A. 3. c. — INCLUZIUNI DE ȚESUT SUPRARENALIAN

Frecvență : localizare posibilă, dar foarte rar citată în literatură.

Macroscopie : incluziunile se prezintă ca mici tumorete, de aspect granular, situate cu predilecție în zona subcapsulară și la polul superior renal.

Microscopie : incluziunile sînt formate din cele trei păături ale corticalei suprarenale : glomerulară, fasciculată, reticulată.

Alături de structurile descrise, au fost semnalate mici formațiuni cu caracter cartilaginos sau osos.

A. 3. d. — INCLUZIUNI CONDRALE ȘI OSOASE

Prezența acestor structuri a fost semnalată, în mod cu totul excepțional, la nivelul parenchimului renal.

VII. B. — Tumori maligne epiteliale

VII. B. 1. — Carcinomul renal

Se poate prezenta sub diverse „forme“ microscopice :

- Carcinomul cu celule clare și acidofile (tumora Grawitz, hipernefrom).
- Adenocarcinom cu celule clare, eozinofile, bazofile (tip papilifer).
- Carcinomul alveolar (anaplazic).
- Carcinosarcomul.
- Oncocitomul (tumora lui Riopelle, Hipernefromul adevărat).
- Carcinomul tubilor uriniferi.
- Carcinomul „bellinian“.
- Carcinomul metaplazic epidermoid al tubilor renali.

În literatura mai nouă, toate aceste „forme“ sînt considerate „aspecte“ ale unei singure tumori, „carcinomul renal“, provenit din celulele epiteliale ale tubilor renali, opinie susținută și de studii electrono-optice. Aspectele amintite pot fi întîlnite separat sau pot fi intricate în diversele cîmpuri ale aceleiași tumori. Întrucît există totuși unele diferențe în ce privește frecvența, localizarea și, mai ales, aspectul microscopic, fiecare formă va fi descrisă separat.

B. 1. a. — CARCINOMUL CU CELULE CLARE ȘI ACIDOFILE

Frecvență : 25% din tumorile renale.

Sinonime : tumoră Grawitz, hipernefrom.

Date clinice : vîrsta preferată : 50—60 ani. Tumora prezintă următoarele simptome principale : hematurie, durere, tumoră și în 2—4% din cazuri policitemie. Examenle de laborator indicate sînt citologia urinară și examenle radiologice (radiografia simplă, urografia, pielografia, arteriografia, venografia, limfografia, scintigrafia, retropneumoperitoneul).

Macroscopie : tumora este localizată, de obicei, la polul superior renal, mai frecvent pe rinichiul drept. Are dimensiuni variabile, este neregulată, uneori încapsulată. Pe secțiune, ea are aspect mozaicat, solid și chistic, cu zone de necroză (cenușii), hemoragie (roș-brune) și tumorale (alb-galben), dispuse neregulat.

Microscopie : neoformațiunea este alcătuită din cordoane, plaje sau acini constituiți din celule de tip „vegetal“, clare, spumoase (conțin glicogen și grăsimi), cu nucleu mic, uniform. Tumora mai prezintă numeroase vase de diverse calibre, printre care și capilare cu celule endoteliale proprii (care permit identificarea tumorii în metastaze), zone de necroză și hemoragie.

Evoluție : tumoră malignă cu evoluție relativ lentă (imprevizibilă).

Prognosticul pare să fie influențat de următoarele elemente : delimitarea tumorii, diferențierea celulară, prezența mitozelor și invazia venoasă.

B. 1. b. – ADENOCARCINOM PAPILIFER CU CELULE CLARE, EOZINOFILIE ȘI BAZOFILIE

Frecvență : 30% din tumorile renale au caracter papilifer cu celule clare sau/și întunecate. Această formă nu este admisă de toți autorii ; ea este, de obicei, încadrată în grupul tumorilor de tip Grawitz.

Date clinice : ca la grupul anterior.

Macroscopie : ca la grupul anterior :

Microscopie : tumora este constituită din formațiuni papilifere cu ax conjunctivo-vascular, căptușite de celule mari, clare, poligonale sau rotunde, cu aspect „vegetal“ (încărcat cu glicogen sau grăsimi), cu nucleu mic, uniform, hiperchrom. În alte forme, nucleii sînt neregulați, hiperchromi, atipici. În alte zone, celulele pot fi granulare, acidofile sau bazofile, asociate sau nu cu cîmpuri de celule clare.

Evoluție : formele tumorale cu celule clare par să aibă un prognostic mai bun decît cele cu caracter granular eozinofil sau bazofil în formă pură, care, la rîndul lor, permit o supraviețuire mai îndelungată decît formele asociate. Metastazele se propagă pe cale sanghină, limfatică și prin contiguitate, cu predilecție pentru pulmon, oase lungi, ganglioni regionali, ficat și rinichi contralateral.

B. 1. c. – CARCINOMUL ANAPLAZIC

Date clinice : simptomele principale sînt : tumoră, durere, hematurie.

Macroscopie : tumoră neîncapsulată, infiltrativă, pe suprafața de secțiune cu zone hemoragice și zone alb-cenușii.

Microscopie : tumora este formată din celule cu atipie și hiperchromazie marcată, dispuse în grupuri, trabecular, pseudo-tubular, uneori cu stroma hialinizată, collagenizată, cu calcificări. Tumora este bine vascularizată, poate prezenta trombi tumorali în vase și zone de necroză hemoragică.

Evoluție : malignitate accentuată, prognostic foarte rezervat.

B. 1. d. – CARCINOSARCOMUL RENAL

Frecvență : tumoră excepțională.

Macroscopie : asemeni formelor anterioare.

Microscopie : tumora deține imagini de carcinom nediferențiat sau carcinom cu celule clare, alături de imagini de sarcom (obișnuit fibrosarcom), provenit din transformarea sarcomatoasă a stromei. Cele două forme tumorale sînt separate, intricate sau una în continuarea alteia. Lucrări recente (1976) susțin originea comună, epitelială a celor două aspecte a celulelor tumorale.

Evoluție : prognostic sever.

Toshimitsu Matsuska, Hidenobu Watanabe, Numetomo Enjoji – Cancer 37, 1546-1555, 1976.

B. 1. e. – ONCOCITOMUL RENAL

Frecvență : reprezintă 3% din ansamblul tumorilor renale.

Sinonime : hipernefrom adevărat, tumora lui Riopelle (a fost descrisă de Stout, Melicow și Riopelle).

Date clinice : simptomele principale sînt : durere, hematurie, tumoră cu evoluție îndelungată, fără alterarea stării generale și în consecință, cu semnalarea tardivă a tumorii.

Macroscopie : tumora este bine încapsulată, de dimensiuni variabile, este neregulată, boselată, se dezvoltă în plin parenchim renal. Pe secțiunea sa este netedă, fermă, alb-cenușie, cu mici focare hemoragice, zone fibro-hialine și calcificări.

Microscopie : tumora este formată din celule mari, poligonale, cu membrana celulară vizibilă, rigidă, cu citoplasma acidofilă, fin granulată, conținînd o mică cantitate de glicogen, dar fără grăsimi. Nucleul celulei este rotund, voluminos, compact, fără mitoze.

Diagnosticul diferențial se face cu carcinomul cu celule clare (conține glicogen și grăsimi).

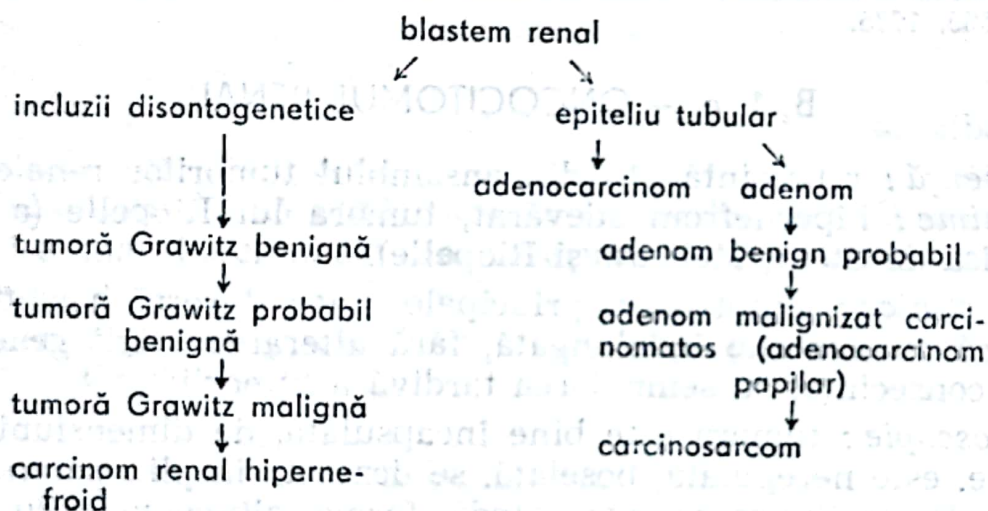
Evoluție : prognostic relativ bun.

De reținut : Riopelle afirmă și Masson susține că oncocitomul

provine din transformarea unui fibro-mio-lipom renal și au fost descrise forme de trecere între aceste două tumori. Această formă tumorală nu este acceptată de numeroși autori. Ea este amintită numai în unele tratate. După date mai noi, se afirmă că transformarea oncocitară a epiteliilor se datorește unor boli a mitocondriilor acestor celule.

B. 1. f. – CARCINOMUL TUBILOR URINARI

Această varietate este considerată de unii autori ca tumora proprie a parenchimului renal, pentru celelalte forme atribundu-se o origine disgenetică. Redăm în acest sens o schemă histogenetică, publicată de Largiader F. (Urol. Inter. 1958, 6, 273).



Date clinice : carcinomul tubilor urinari este însoțit de aceleași simptome clinice principale : durere, hematurie, tumără.

Macroscopie : neoformațiunea este fermă, alb-cenușie pe suprafața de secțiune, nedelimitată, cu caracter infiltrativ.

Microscopie : tumora este formată din cordoane celulare de diferite dimensiuni, cu sau fără lumen central atunci când sînt dispuse tubular, cordoanele infiltrîndu-se și întrepătrunzîndu-se în toate direcțiile. Celulele sînt mici, cubice, cu citoplasma acidofilă, fin granulară, nucleul este veziculos și fără mitoze. Membrana celulară este puțin evidentă, stroma interce-

lulară este slab reprezentată. La zona de contact cu parenchimul renal traveele tumorale se substituie tubilor renali din vecinătate.

B. 1. g. — CARCINOMUL TUBILOR BELLINI

Macroscopie : tumoră de diverse dimensiuni, cu zone solide și chști.

Microscopie : tumora este constituită din formațiuni chistice cu pereți conjunctivi subțiri, căptușiți de celule cu nuclee neregulați; celulele sînt cubice sau cilindrice, dispuse pe un singur rînd; ele amintesc structura tubilor Bellini. Epiteliul tumoral are, pe alocuri, aspect pseudopapilar. Diagnosticul diferențial se face cu carcinomul tubilor urinari.

B. 1. h. — CARCINOMUL METAPLAZIC EPIDEMOID AL TUBILOR RENALI

Tumoră malignă foarte rară, nesemnalată în clasificările curente și descrisă numai în unele observații sporadice.

Aspectul macroscopic este acela al unei tumori solide; microscopia relevă zone de metaplazie epidermoidă cu caracter malign, cu punct de plecare epiteliul tubilor renali. Proliferarea tumorală obstruează uneori lumenul tubului; în alte zone tumora se continuă nemijlocit cu epiteliul tubular nemodificat. Țesutul conjunctiv interstițial este nemodificat.

VII. B. 2. — Tumori maligne conjunctive

SARCOMUL RENAL

Se poate prezenta sub diverse aspecte microscopice: fibrosarcom, liposarcom, leiomiosarcom (41 cazuri raportate în literatură, pînă în 1972), rabdomiosarcom, osteosarcom (osteogenic — 7 cazuri în literatură în statistica lui S. Ichijă și col.), limfom Hodgkin, limfom nehodgkinian. Degenerarea sarcomatoasă a angio-mio-lipomului solitar sau a aceleiași forme tumo-

rale din cadrul sclerozei tuberoase Bourneville, a fost semnalată în cazuri sporadice.

Caracteristici generale :

— sarcoamele sînt tumori excepționale la nivelul rinichiului : 2,75% (în statistica lui Zollinger), 5% (Fite), 3,3% (Lucke și Schlumberger) din toate tumorile renale, 15 din 46 cazuri de sarcom uro-genital în statistica lui Tripathi și Dick.

— apar la vîrsta adultă : 33% între 21—30 ani, 55% între 40—60 ani și au evoluție rapidă.

— macroscopic, au caracter difuz sau nodular, pe secțiune apar alb-cenușii — strălucitoare, eventual cu zone hemoragice și/sau necrotice.

— microscopic nu se diferențiază de aceleași forme de sarcom cu localizare în alte organe.

— supraviețuirea postoperatorie în statistica lui Tripathi și Dick este de 22% după 5 ani, 14% după 10 și 7% după 20 ani.

VII. B. 3. — Alte tumori

TUMORA WILMS

Frecvență : tumora reprezintă 10—25% din tumorile maligne ale copilului.

Sinonime : adenosarcom, adenomiosarcom, disembrion, tumoră mixtă embrionară, embriom malignizat, teratom, tumoră teratoidă mixtă, miosarcom, nefrom embrionar, nefroblastom, mezonefrom.

Date clinice : este prezentă predominant în copilărie (cu predilecție pînă la 3 ani). În mod excepțional a fost semnalată la adult.

Simptome principale : tumoră, hematurie.

Macroscopie : tumora este frecvent unilaterală, rar bilaterală, localizată în plin parenchim, de dimensiuni variabile (de la cîteva grame la 12 kg) și este delimitată de o pseudocapsulă. Pe suprafața de secțiune ea are aspect alb-cenușiu, cu zone gelatinoase, chistice, hemoragice și necrotice.

Microscopie : în forma comună, tumora este alcătuită din celule rotunde sau alungite, nediferențiate, cu nucleii ovalari sau rotunzi, hipercromi. Celulele sînt dispuse dezordonat sau în plaje, printre ele se pot găsi resturi de tubi sau structuri abortive glomerulo-tubulare. Unii tubi au chiar membrană bazală, dar unii glomeruli sînt, de fapt, grupe de celule slab diferențiate. Această formă se numește „adenosarcom“. În alte forme tumorale se pot găsi mase mixomatoase, fibre nervoase, elastice, mucus, fibre musculare striate, fibre conjunctive, țesut cartilaginos, țesut osos (structuri nediferențiate sau parțial diferențiate), depozite calcare.

Diagnosticul diferențial se face cu sarcomul, simpatoblastomul, neuroblastomul, meduloblastomul, paragangliomul, schwannomul, teratomul.

Evoluție : tumora este malignă, metastazarea se face pe cale limfatică regională și/sau hematică, cu predilecție pentru pulmon, ficat și creier.

S. Ichija, Y. Yokoyama, K. Kuroda — Urologia ann. XXXIX, fasc., p. 512-519, 1972.

V. N. P. Tripathi, V. S. Dick — The Jour. of Urology, 101, 6, 898-904, 1969.

VII. C. — Tumori secundare renale

Aceste tumori, după origine, se împart în :

- tumori provenite din vecinătate : suprarenală, intestin, structuri nervoase perirenale ;
- tumori provenite de la distanță : bronhii, glandă mamară, uter, tiroidă, ficat, vezica urinară.
- infiltrații neoplazice în cadrul hemoblastozelor.

VIII. — Tumorile capsulei renale

Sînt exclusiv tumori conjunctive, benigne și maligne. Diversele forme tumorale posibil prezente la acest nivel au fost enumerate în clasificarea de la începutul capitolului.

În general, aceste tumori sînt extrem de rar semnalate în literatură (în mod real sau prin neobservarea lor).

Spre exemplu, se cunosc numai două cazuri de sarcom osteogenic de capsulă renală (Ichija și col.).

Aspectele microscopice ale acestor tumori sînt întru totul identice cu acelea din alte localizări în organism.

Pentru a evita repetiția, prezentarea lor nu a fost detaliată.

S. Ichija, Y. Yokoyama, K. Kuroda — Urologie, XXXIX, fasc. VI, 512-519, 1972.

IX. – CLASIFICAREA TUMORILOR BAZINETULUI ȘI URETERULUI

(Realizată prin coordonarea clasificărilor curente)

A. – TUMORI PRIMITIVE EPITELIALE

a. TUMORI BENIGNE

papilom simplu, papilom hiperplazic.

b. TUMORI MALIGNE	papilare	1. carcinom papilifer neinvaziv (in situ). 2. carcinom papilifer invaziv
	solide	3. carcinom tranzițional 4. carcinom metaplazic epidemoid 5. adenocarcinom 6. carcinom anaplazic 7. carcinom cu stromă remaniată

B. TUMORI PRIMITIVE CONJUNCTIVE

a. TUMORI BENIGNE

angiom (circumscriș și difuz)

fibrom

leiomiom

lipom

neurofibrom

b. TUMORI MALIGNE (sarcom)

leiomiosarcom

fibrosarcom

sarcom polimorf

C. TUMORI MIXTE : carcinosarcom

D. PSEUDOTUMORI DISONTOGENETICE : endometrioza

E. TUMORI SECUNDARE :

metastaze din organe

localizări în cadrul hemoblastozelor

CARACTERE GENERALE

- Tumoriile bazinetului și ureterului sînt, în general, tumori rare (16 cazuri din 22.000 pacienți de urologie din statistica lui De la Peua 1951) cit. Vary și Balogh.
- 450 tumori maligne și 155 tumori benigne descrise în literatură între 1878—1969 în statistica lui Yeney (1969) cit. Vary și Balogh.
- 7 cazuri comunicate pînă în 1969 la clinica Panduri (București) (E. Proca).
- 1 caz la 1.000 obs. de urologie după Harteg (1971) cit. Vary și Balogh.
- 13 cazuri pe 19.962 pacienți după Vary și Balogh (1973).
- Incidența bărbați/femei este de 15/8.
- Vîrsta cea mai afectată este a V-a și a VI-a decadă; la copii tumora este excepțională.
- Simptomele clasice sînt: hematuria și durerea; aceasta din urmă poate avea caracter surd sau colicativ. Disuria, polakiuria și febra sînt simptome care se pot asocia.
- Examele citologice ale urinelor și ex. radiologice au indicație majoră pentru diagnostic.
- Nu trebuie uitată nici posibilitatea dezvoltării de tumori benigne sau maligne pe zone de metaplazie a uroteliului bazinetal. În acest sens, sînt citate adenocarcinomul bazinetal (descriș în continuare), precum și cistadenomul papilar mucigen, dezvoltat pe zone de metaplazie a uroteliului într-un epi-

E. Proca — Chirurgia București, 5, p. 413-419, 1969.

L. Vary and F. Balogh — Urologia anno XL, fasc. VI, p. 534-543, 1975.

teliu cilindric mucigen (un singur caz personal [G. Tărăbuță]; absența indicațiilor similare în literatura consultată pînă în 1976).

IX. A. – Tumori primitive epiteliale

A. a. 1. – PAPILOMUL SIMPLU

Frecvență: tumoră rară, prezentă, de obicei, în 1/3 superioară a ureterului și joncțiunea pieloureterală, foarte rară în 1/3 inferioară a ureterului.

Sinonime: tumoră fibro-epitelială, tumoră exofitică, cu potențial malign histologic inaparent, carcinom urotelial papilar gr. I.

Macroscopie: papilomul simplu de la acest nivel are aspectul unei excrescențe papilare cu papile subțiri, este pediculat, mobil și nu infiltrază baza.

Microscopie: tumora este formată din axe conjunctivo-vasculare subțiri, acoperite cu 4-5 rînduri de celule epiteliale de tip tranzițional, cu nuclei uniformi, fără mitoze sau atipii.

Evoluție: tumoră benignă cu potențial de recidivă și malignizare.

A. a. 2. – PAPILOMUL HIPERPLAZIC

Această formă prezintă caractere macro-microscopice asemănătoare papilomului simplu, cu deosebire că papilele sînt groase, acoperite de 10-15 rînduri de celule, care, pe alocuri, dispersat, prezintă mitoze și nuclei mari, atipici. Membrana bazală este intactă.

Evoluție: tumoră benignă, activă, cu caracter proliferativ, cu potențial de recidivă și malignizare.

A. b. 1. – CARCINOMUL PAPILIFER NEINVAZIV (IN SITU)

Tumoră papilară (sau nepapilară) cu dezordini citologice și arhitectonice, mitoze și nuclei atipici, dar cu membrana bazală

intactă. Tumora va fi descrisă în detaliu la nivelul vezicii urinare.

A. b. 2. – CARCINOMUL PAPILIFER INVAZIV

Frecvență : această formă reprezintă $3/4$ din totalul tumorilor pielo-ureterale.

Date clinice : Tumora este prezentă, de obicei, la vîrsta adultă și se manifestă prin hematurie, durere, stază retrogradă ; imaginile radiologice sînt semnificative.

Macroscopie : tumora are aspect papilar, în formă de conopidă, cu bază largă de implantare (sesilă), cu papilele foarte friabile. Pereții pielo-ureterali sînt infiltrați tumoral.

Microscopie : tumora este alcătuită din vilozități cu axul conjunctivo-vascular de diverse dimensiuni, cu celule de tip tranzițional, dispuse pe mai multe straturi, într-o dezordine evidentă. Se remarcă prezența de mitoze și nuclei atipici. Membrana bazală este depășită de celule tumorale izolate sau de grupe celulare care se infiltrează subepitelial.

Evoluție : prognostic sever, recidive frecvente, metastaze.

A. b. 3. – TUMORI MALIGNE „SOLIDE” PIELO-URETERALE

- Carcinomul cu celule de tip tranzițional.
- Carcinomul (metaplazic) epidermoid.
- Adenocarcinomul pielo-ureteral (15 cazuri în literatură); după Quattebaum și col., originea este, probabil, metaplazică, trecînd prin faza de pielită granulomatoasă, chistică și glandulară.

— Carcinomul nediferențiat.

Toate aceste forme tumorale vor fi prezentate macro-microscopic în detaliu, la capitolul tumorilor vezicii urinare.

— Carcinomul cu stroma remaniată : este o formă de carcinom solid cu localizare predominant pielică. Examenul microscopic evidențiază modificări mixoide, condromatoase, fibroase și prezența de nuclei atipici în stroma tumorii carcinosarcomatoase. Pentru acest motiv a primit și denumirea de „carcinosarcom”.

Evoluție : carcinoamele solide pielo-ureterale sînt tumori de o malignitate deosebită, infiltrează rapid peretele și trimit metastaze la distanță.

R. B. Quattebaum and S. W. Shirley – The Jour. of. Urology, 99, 4, p. 384-396, 1968.

IX. B. a. – Tumori conjunctive benigne

ANGIOMUL BAZINETAL ȘI URETERAL

Această tumoră se poate prezenta sub două aspecte : circumscris și difuz și este semnalată, mai ales, în zona pielică și ureterală superioară. Aspectul cel mai des întîlnit este acela de angiom cavernos. Este obligator diagnosticul diferențial cu varicele de bazinet și de ureter superior.

FIBROMUL : este situat, de obicei, în 1/3 superioară a ureterului și se prezintă ca o tumoră fermă, cărnoasă, pediculată.

LEIOMIOMUL ȘI LIPOMUL sînt cel mai adesea semnalate în stratul submucos. Ambele sînt tumori încapsulate, de mici dimensiuni.

NEUROFIBROMUL (schwannomul) este localizat, de obicei, la joncțiunea pieloureterală.

Toate aceste forme tumorale au evoluție lentă, pot da tulburări de compresiune și se pot maligniza în timp.

IX. B. b. – Tumori conjunctive maligne

SARCOAME :

leiomiosarcom, fibrosarcom, sarcom polimorf.

Deși au fost semnalate, sînt tumori excepționale la acest nivel. Din punct de vedere microscopic și ca prognostic ele nu se diferențiază de aceleași tumori, dar cu altă localizare.

IX.C, IX.D. și IX.E. sînt tumori cu totul excepționale.

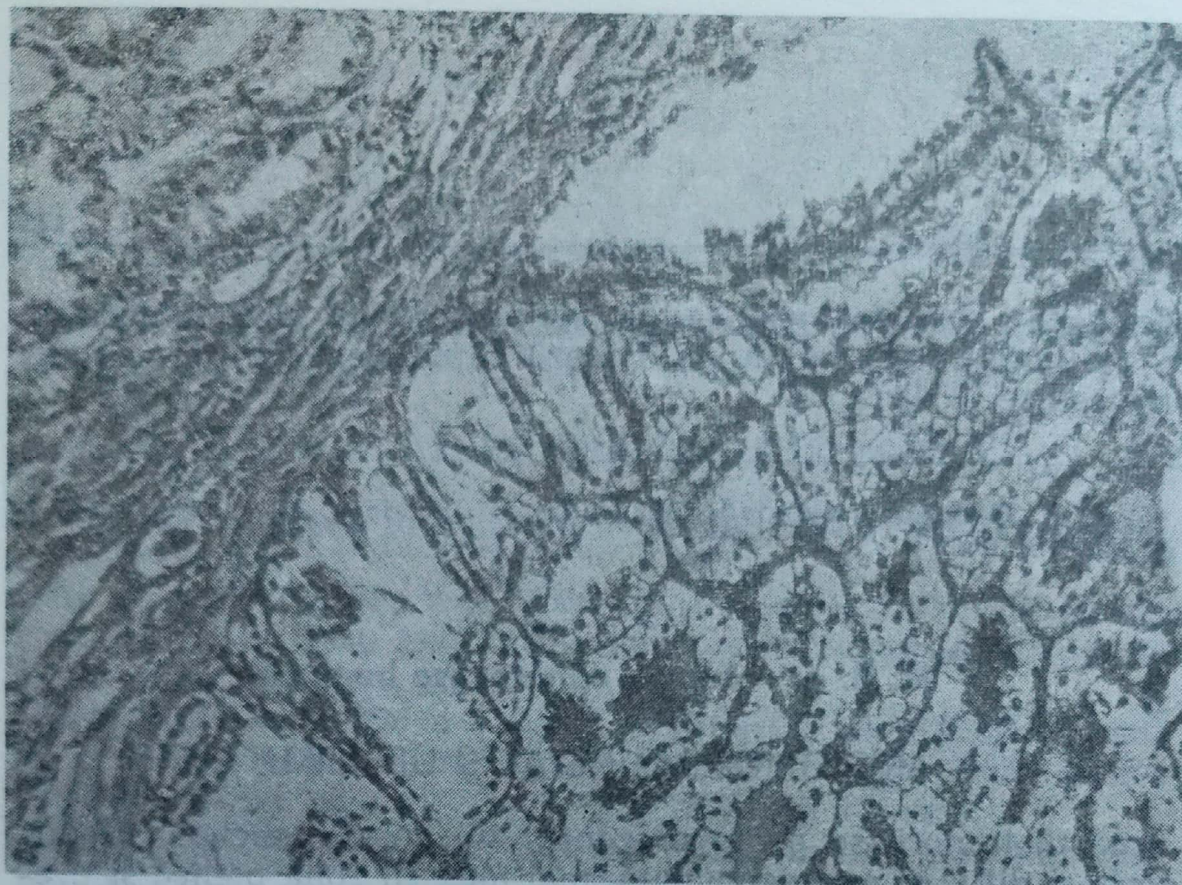
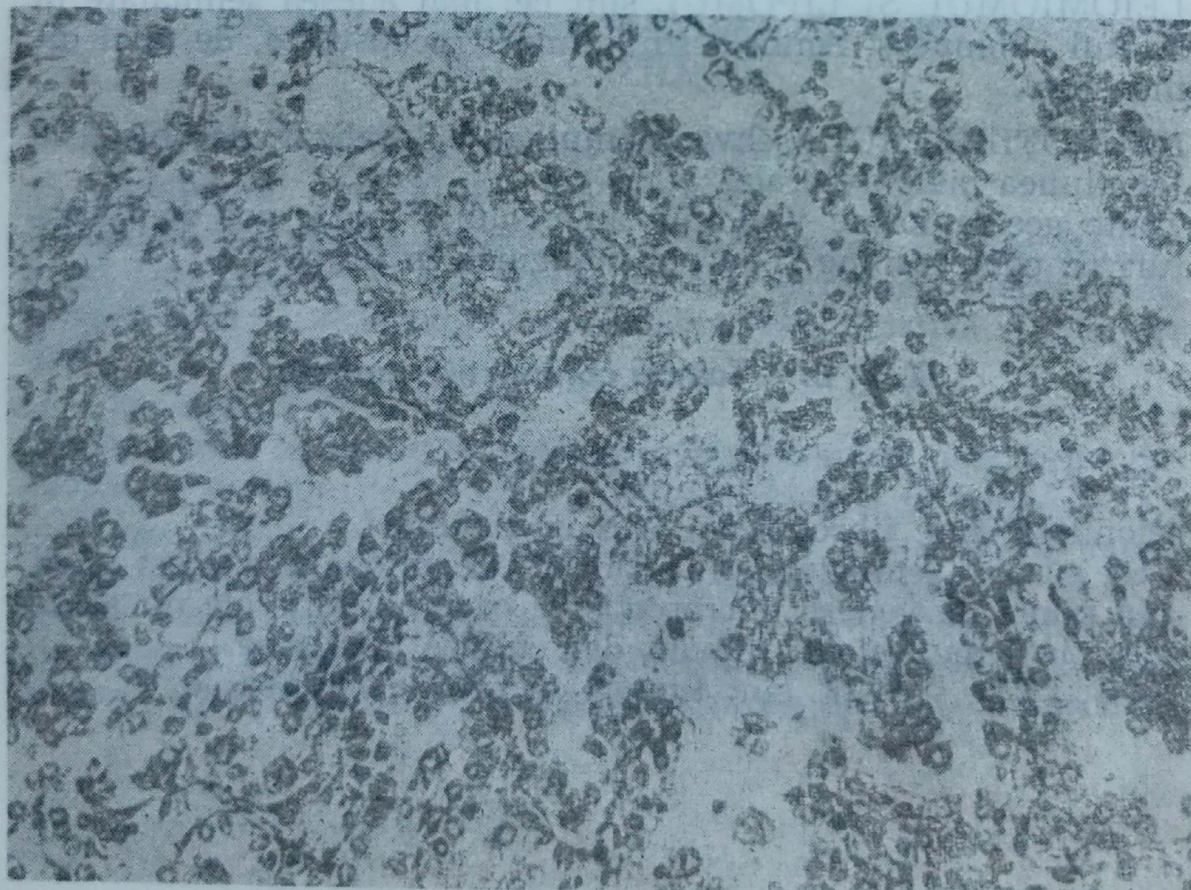


Fig. 60 – x 100, H. E. Adenom renal, formă tubulară

Fig. 61 – x 100, H. E. Adenom renal, formă papilară



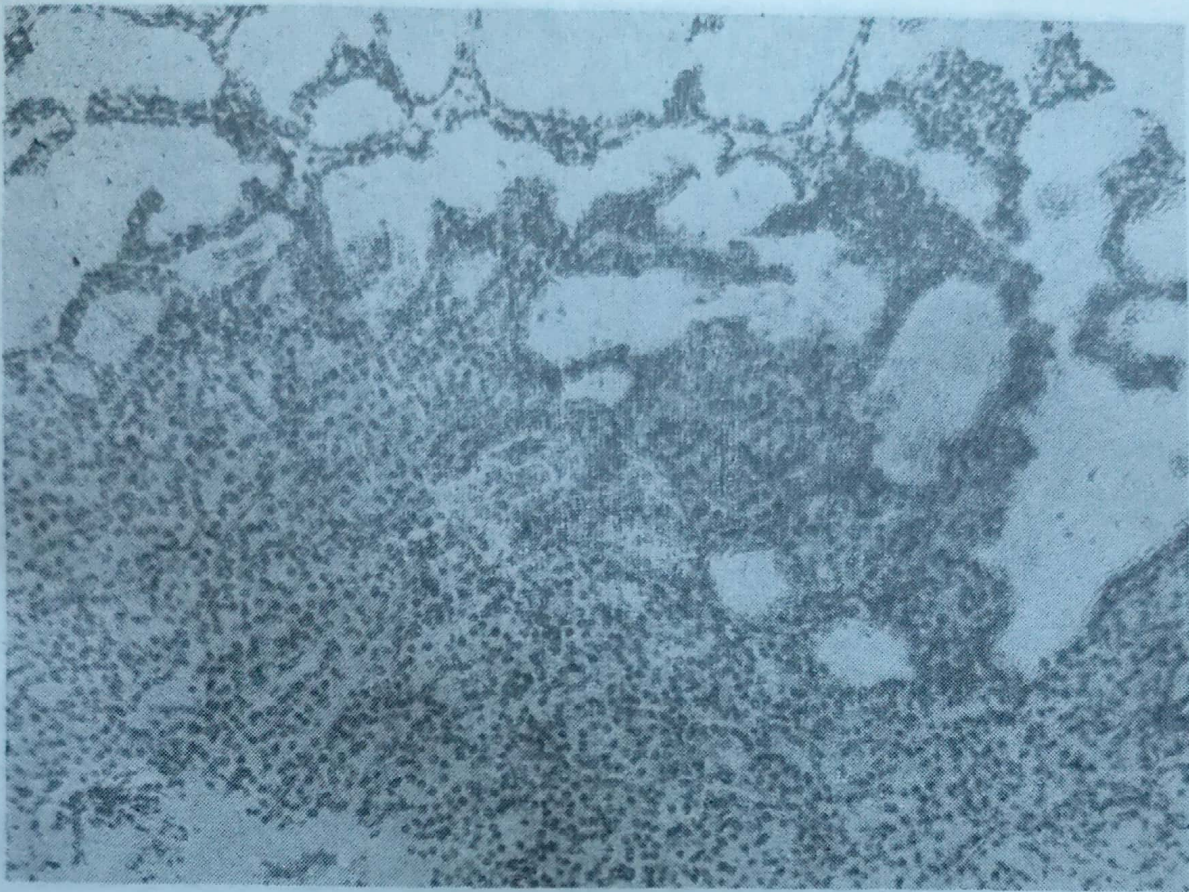
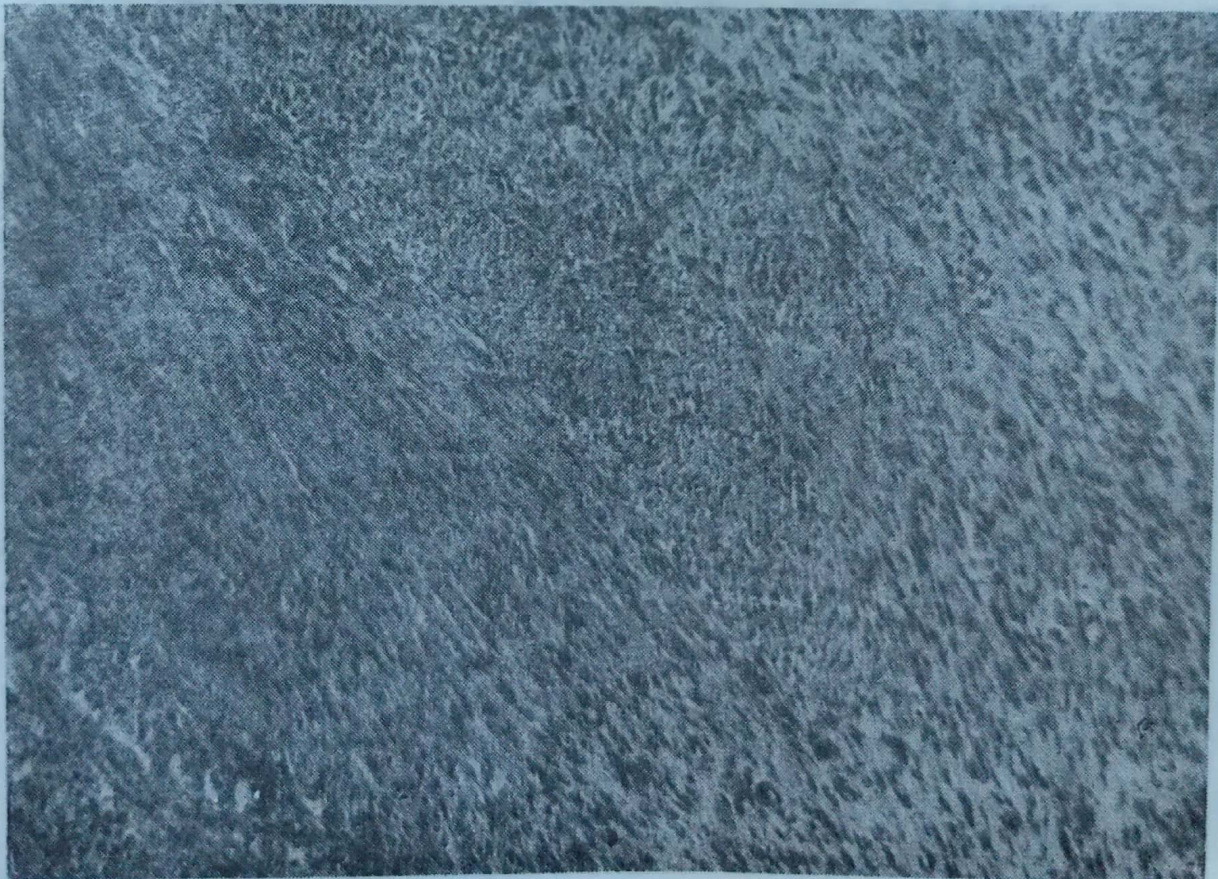


Fig. 62 – x 100, H. E. Adenom renal, formă alveolară

Fig. 63. – x 100, H. E. Fibrom renal



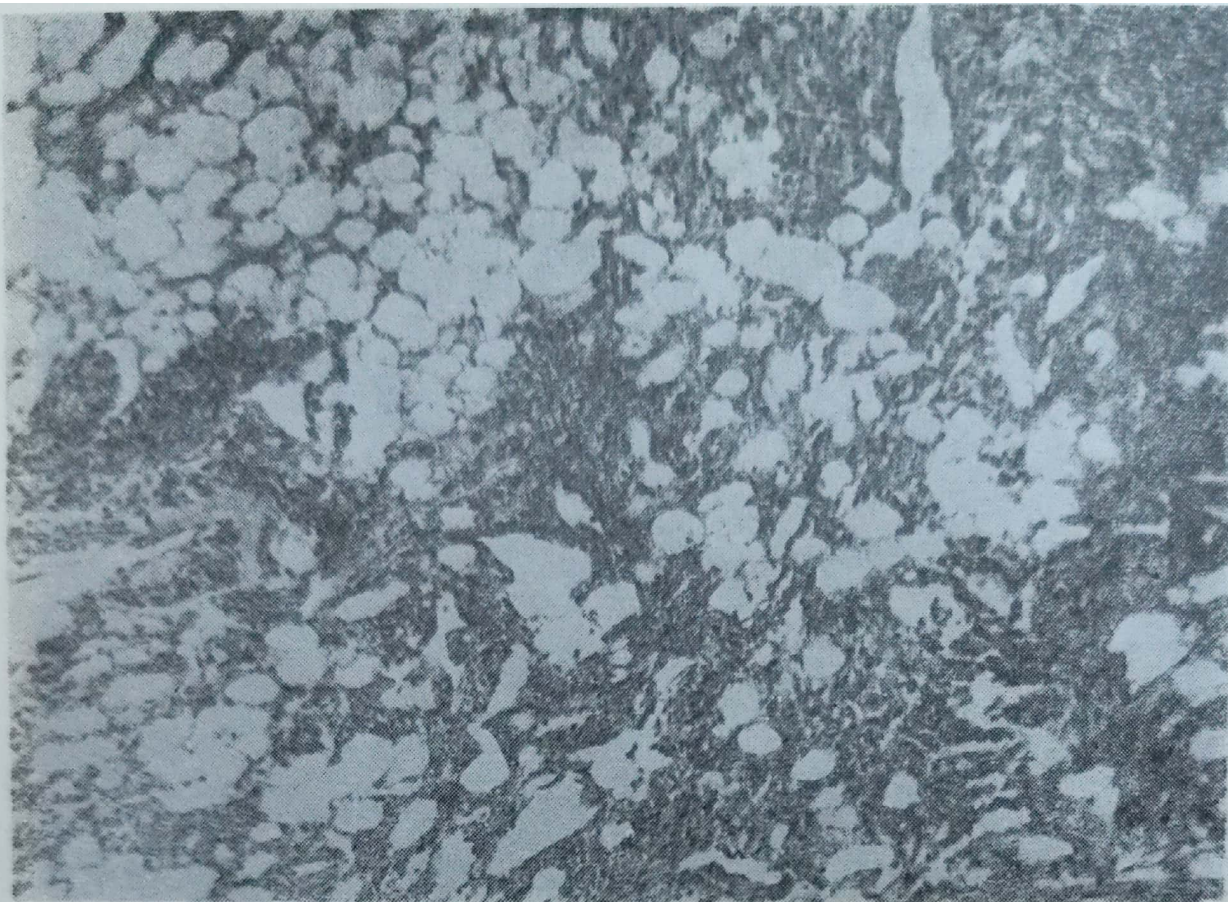
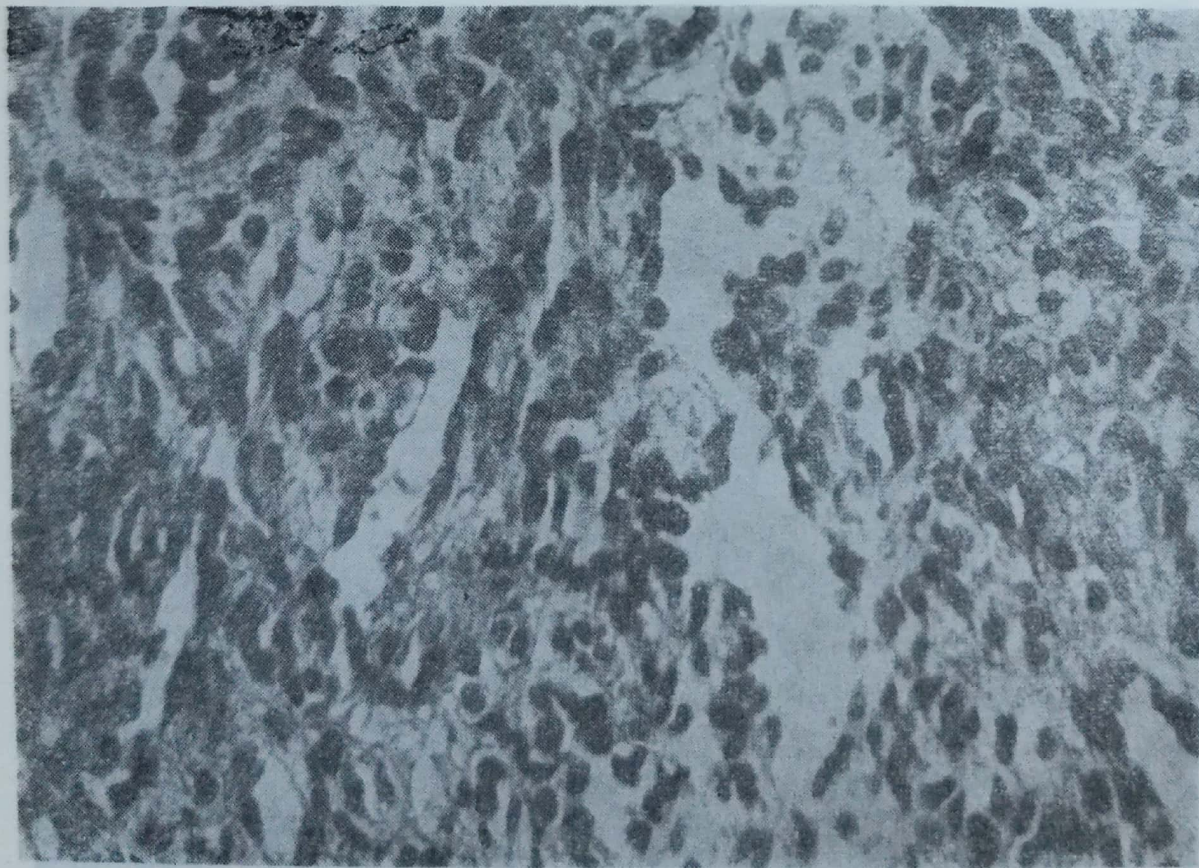


Fig. 64 — x 100, H. E. Lipo-mio-fibrom renal

Fig. 65 — x 200, H. E. Angiom capilar renal



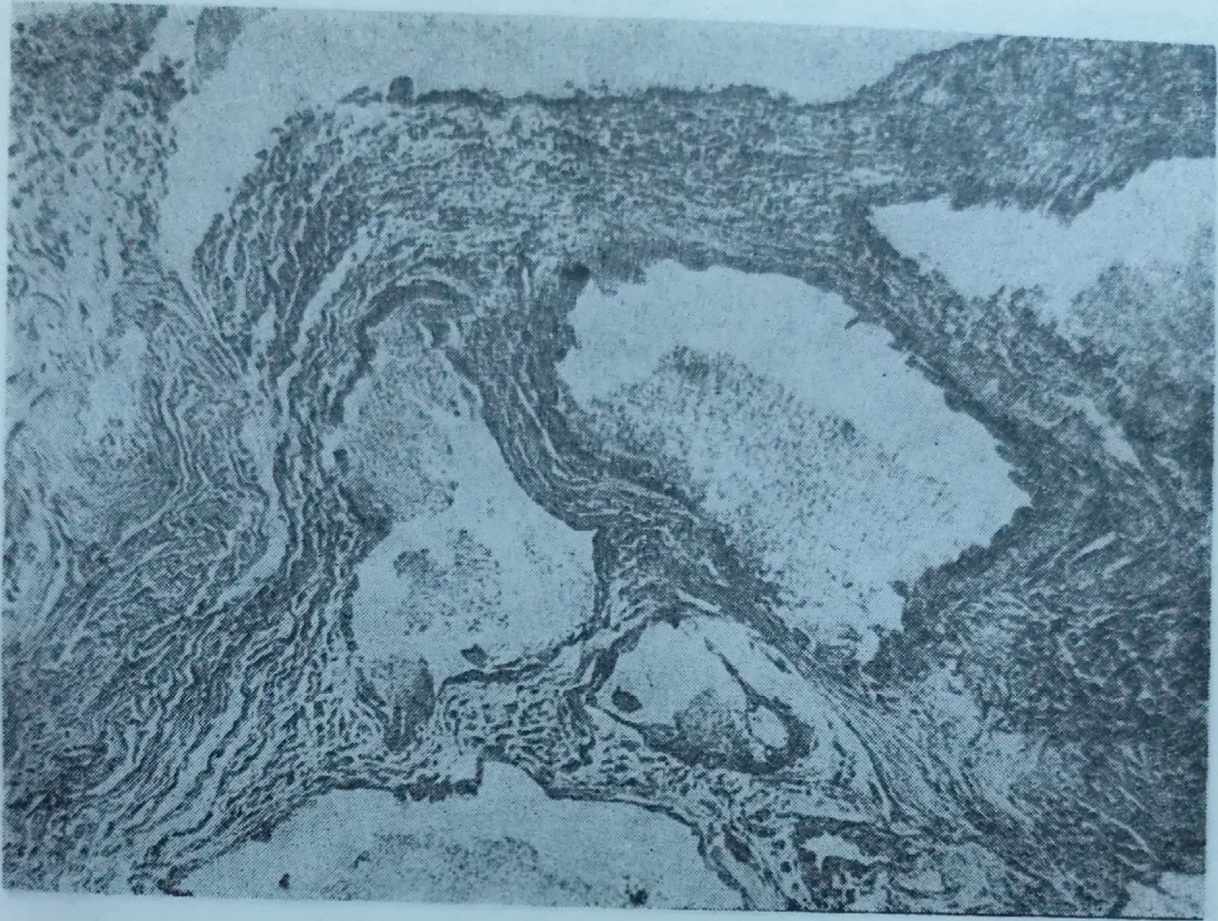
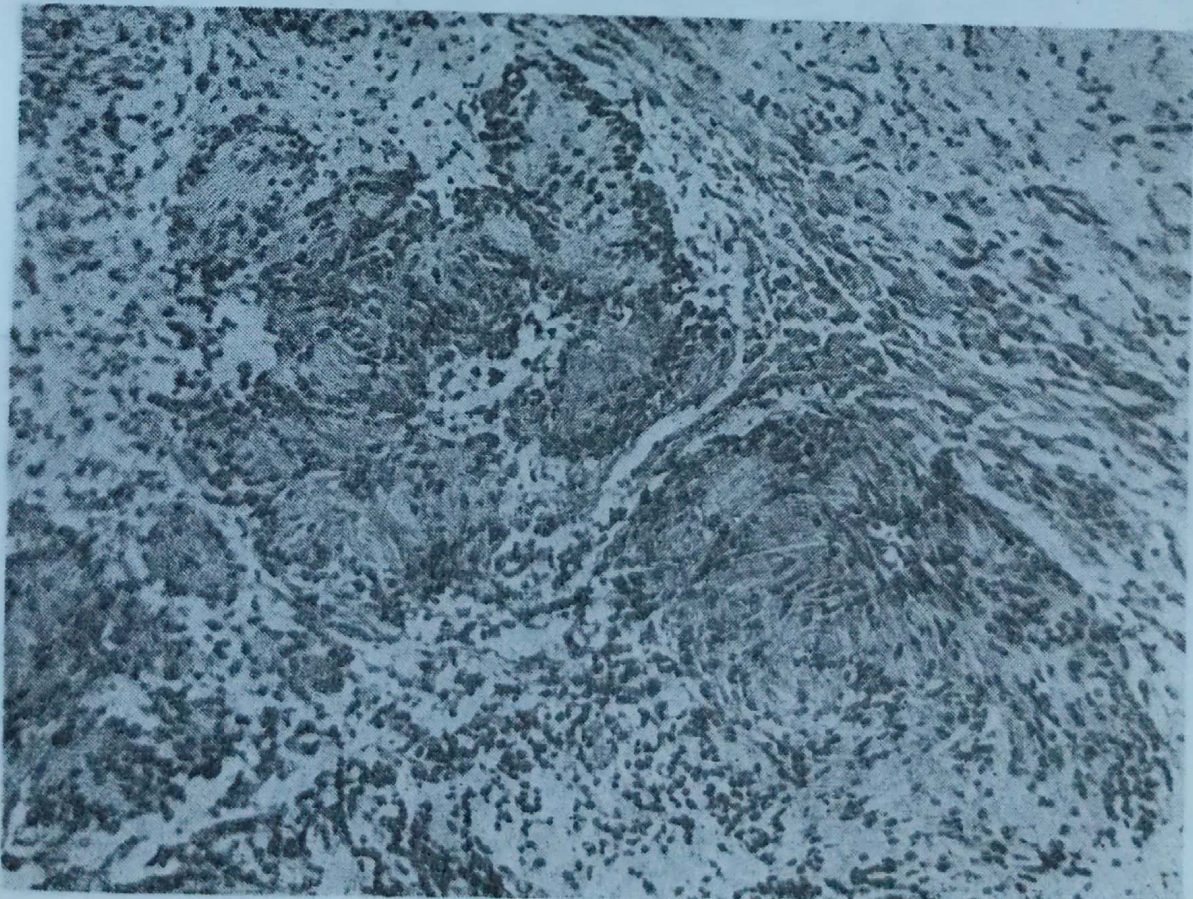


Fig. 66 — x 200, H. E. Limfangiom renal

Fig. 67 — x 100, H. E. Schwannom



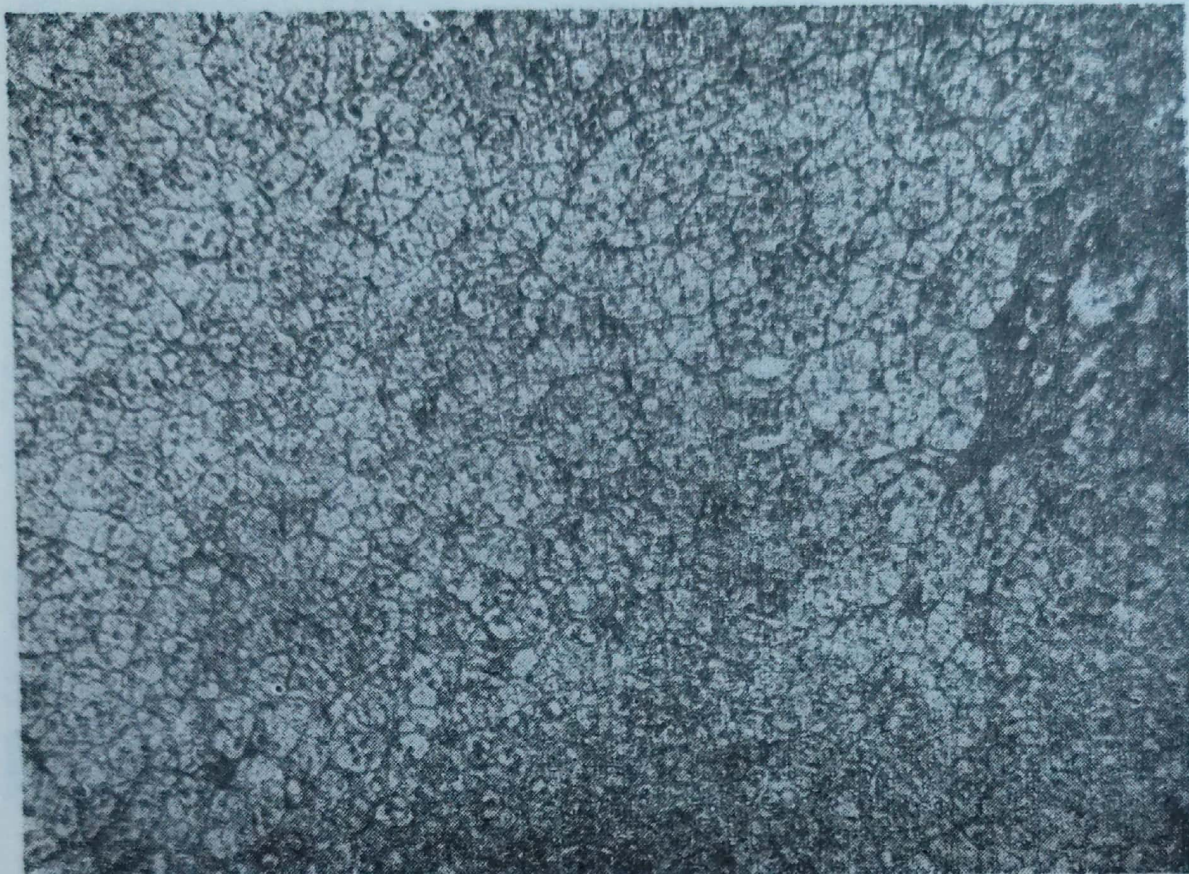


Fig. 68 – x 100, H. E. Carcinom renal cu celule clare

Fig. 69 – x 100, H. E. Carcinom renal cu celule clare

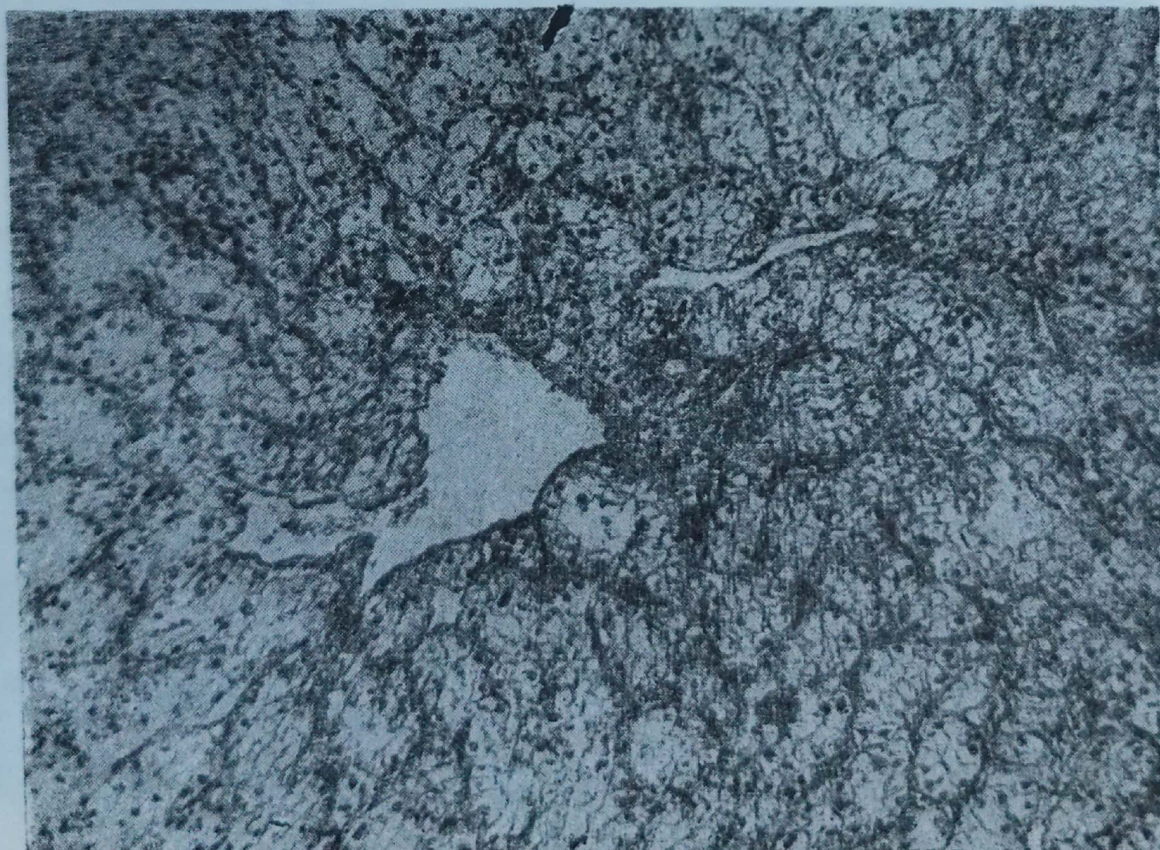
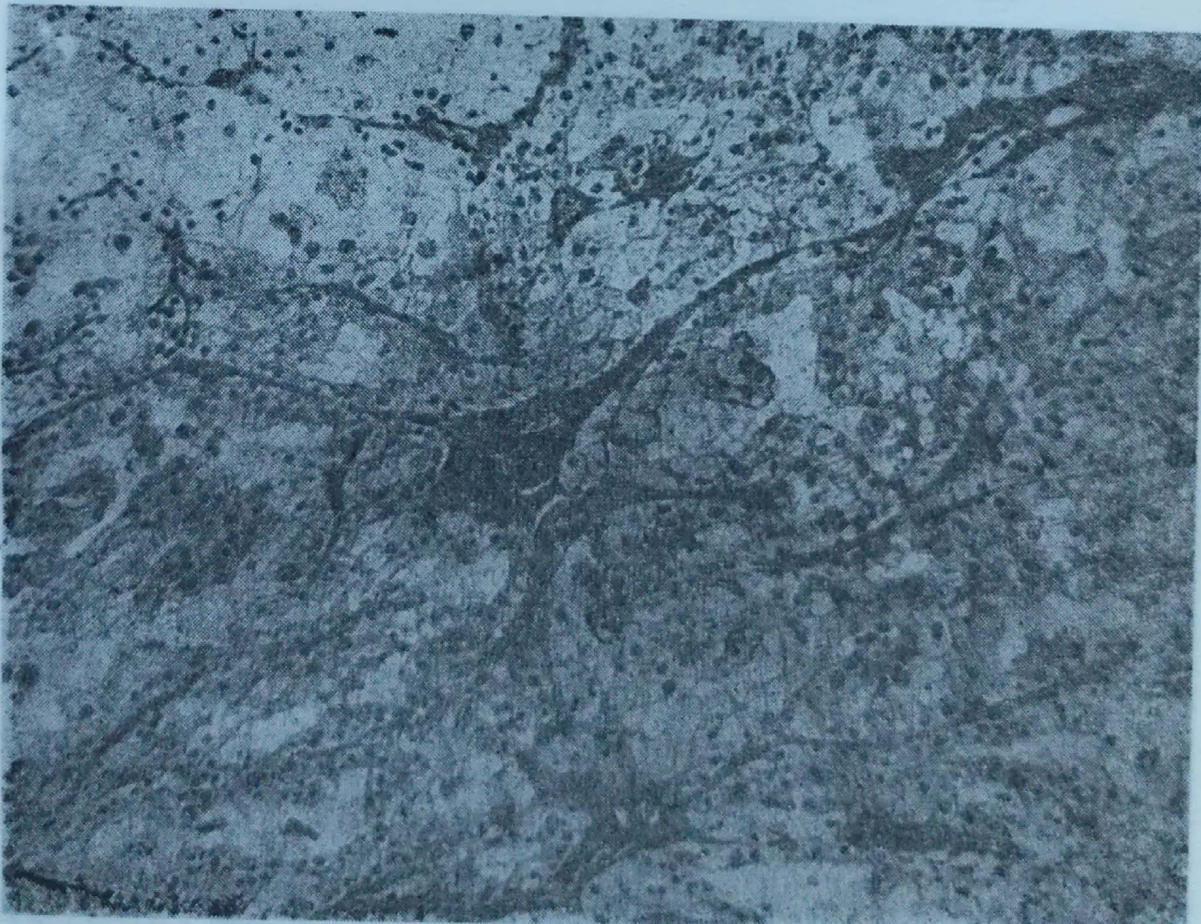




Fig. 70 – x 100, H. E. Carcinom renal cu celule clare

Fig. 71 – x 100, H. E. Adenocarcinom renal cu celule clare



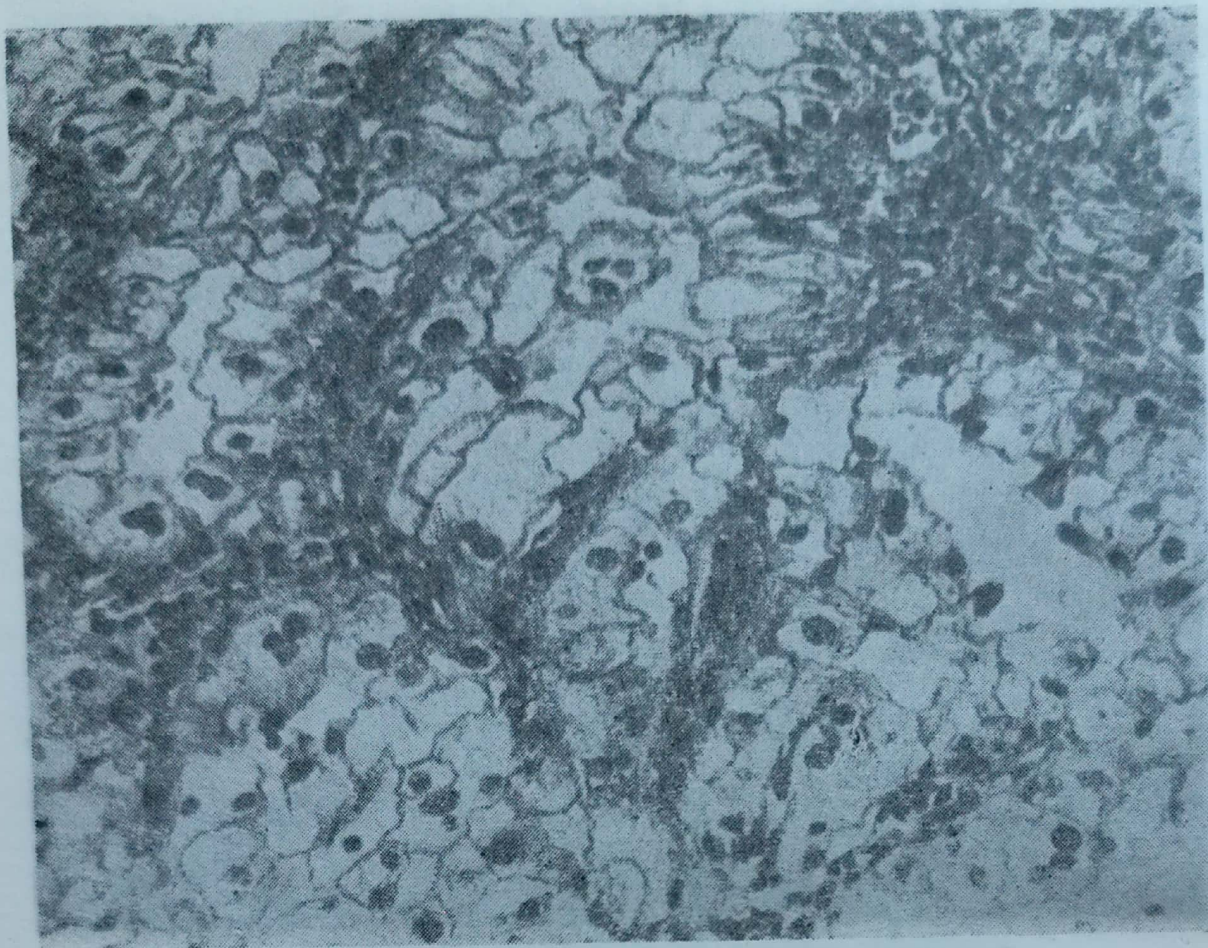
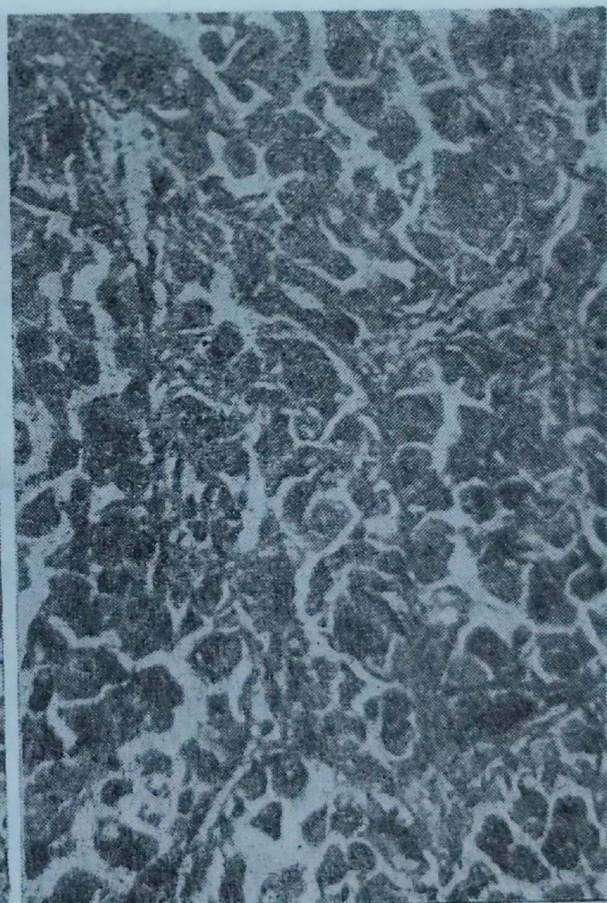
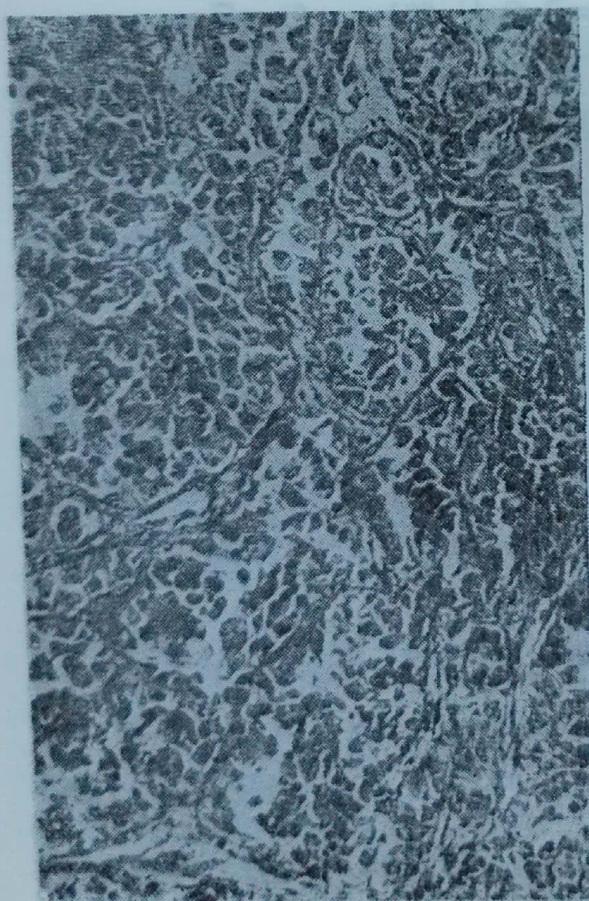


Fig. 72 – x 200, H. E. Adenocarcinom renal cu celule clare

Fig. 73 – x 100, H. E. Carcinom renal cu celule bazofile



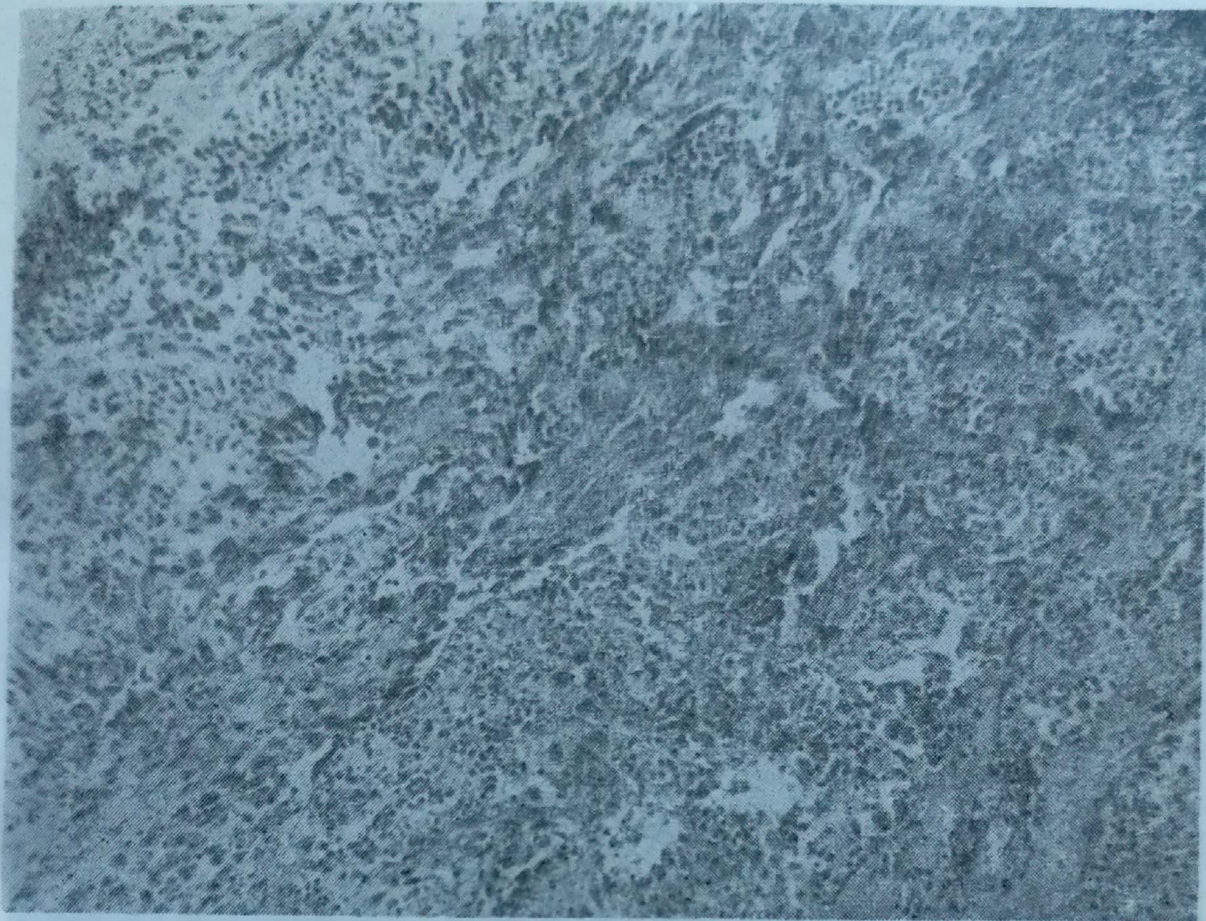
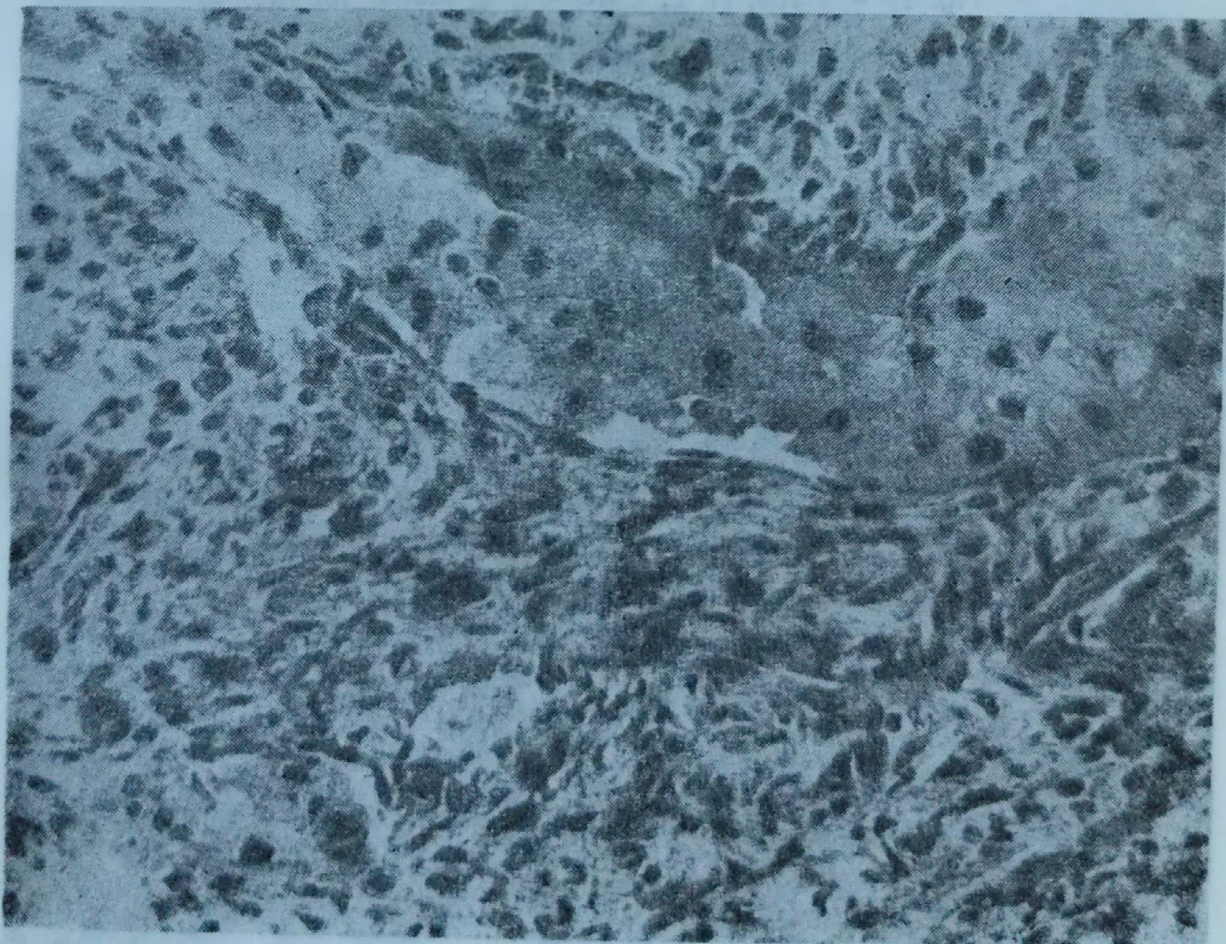


Fig. 74 — x 100, H. E. Carcinosarcom renal

Fig. 75 — x 200, H. E. Carcinosarcom renal (detaliu)



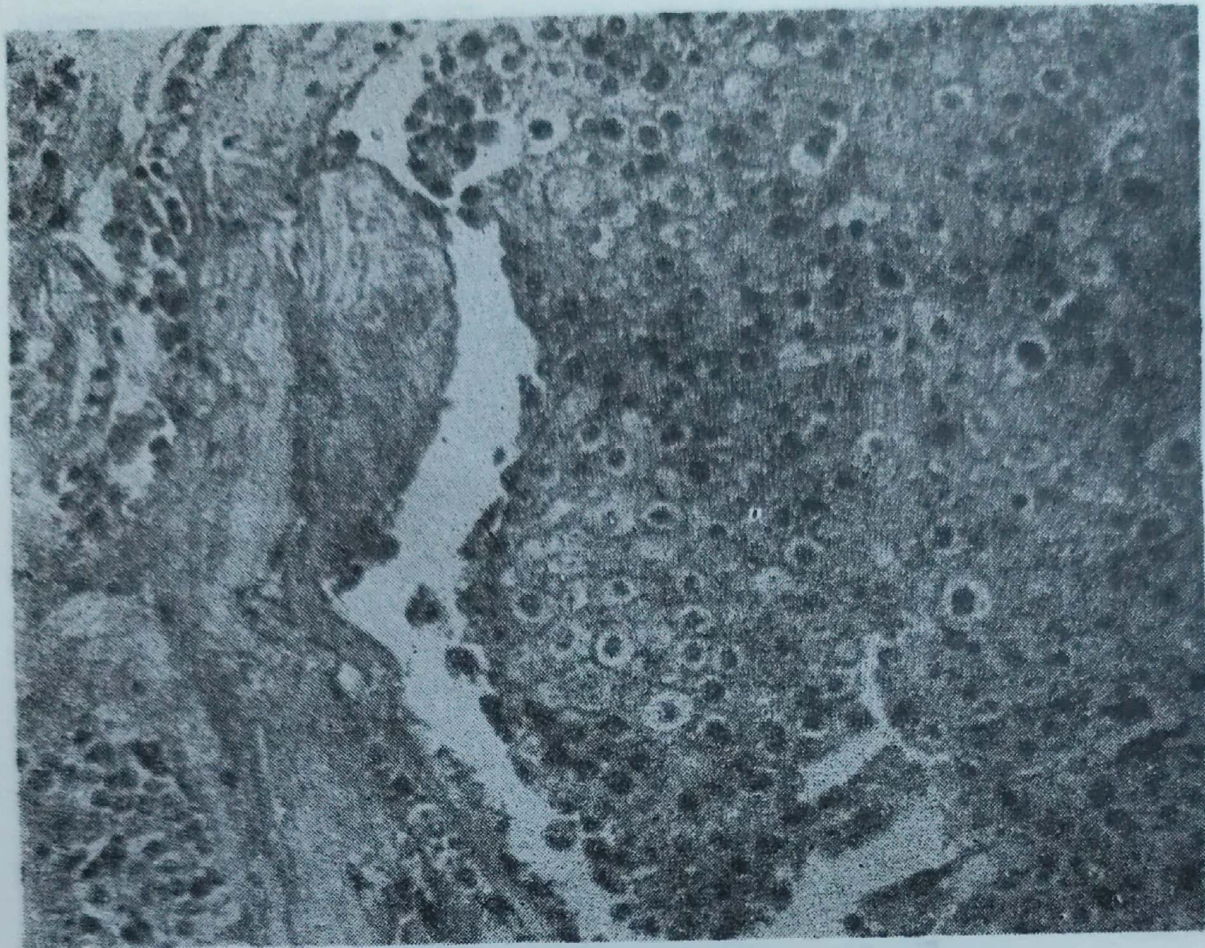
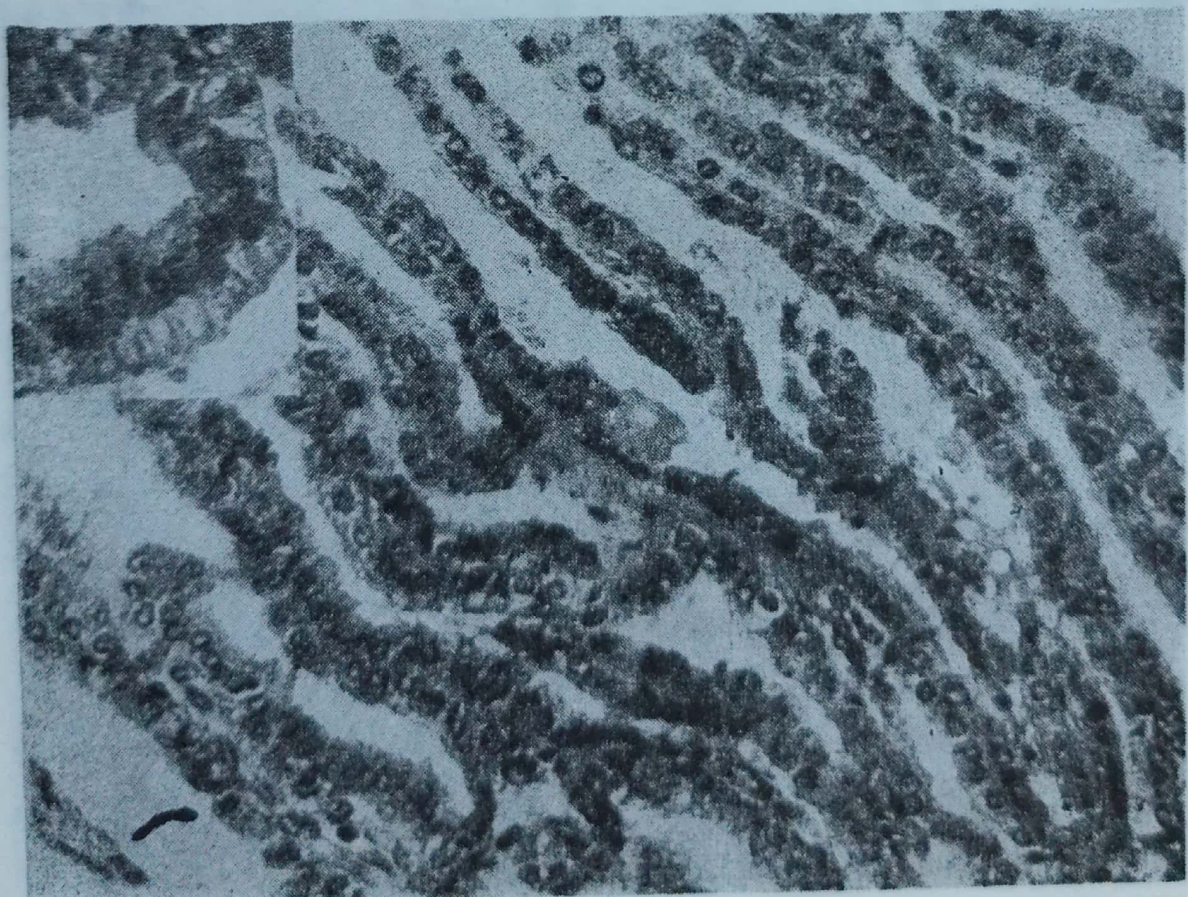


Fig. 76 - x 200, H. E. Oncocitom renal

Fig. 77 - x 100, H. E. Carcinom al tubilor renali



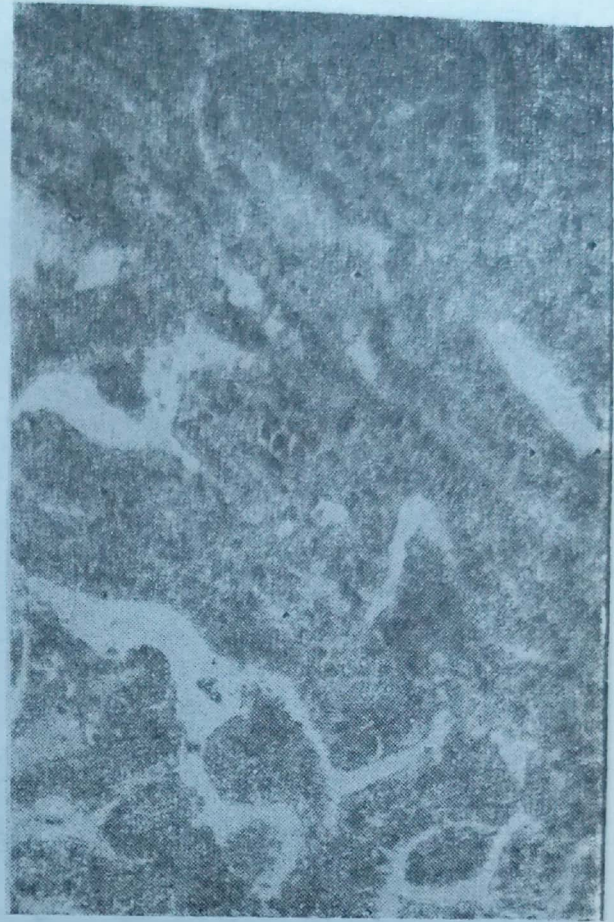
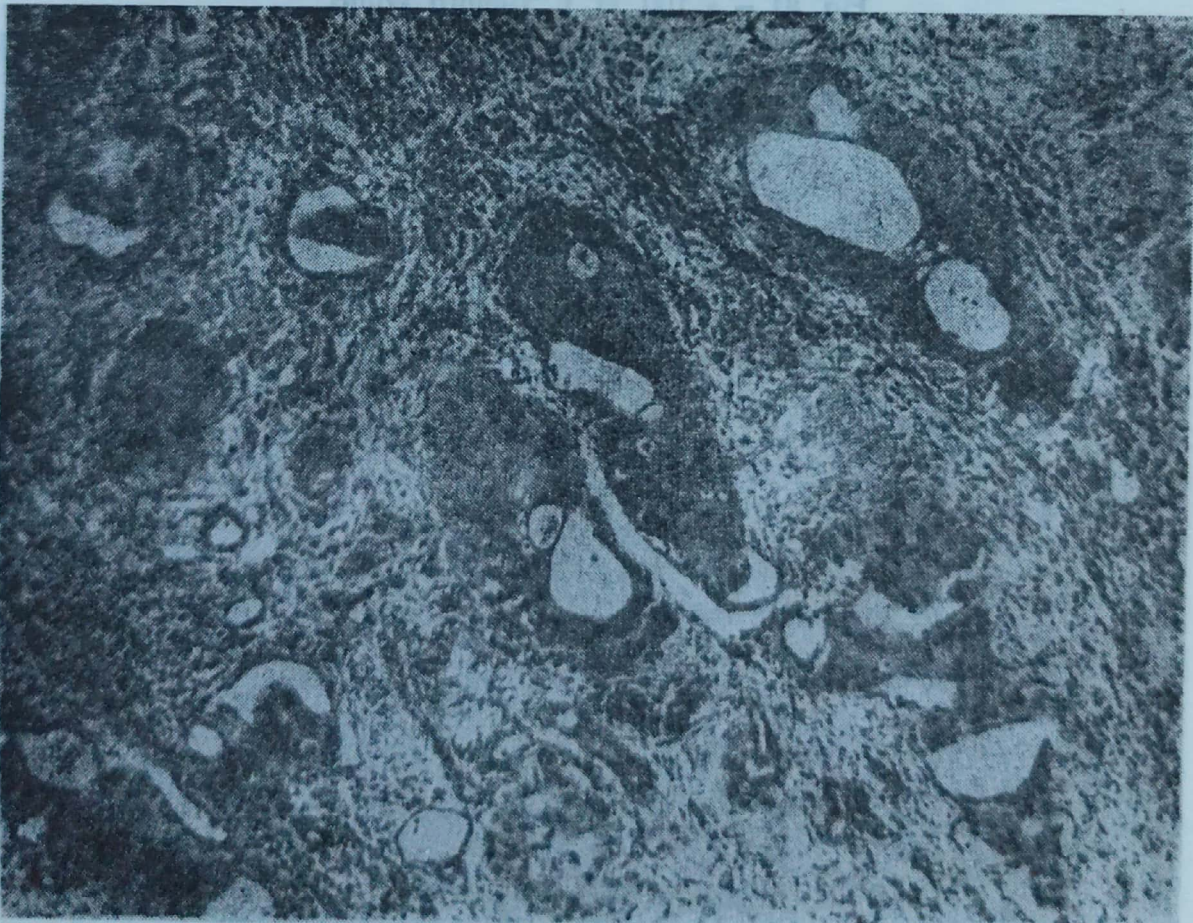


Fig. 78 — x 100, x 200, H. E. Carcinom al tubilor renali

Fig. 79 — x 100, H. E. Carcinom metaplazic epidermoid al tubilor renali



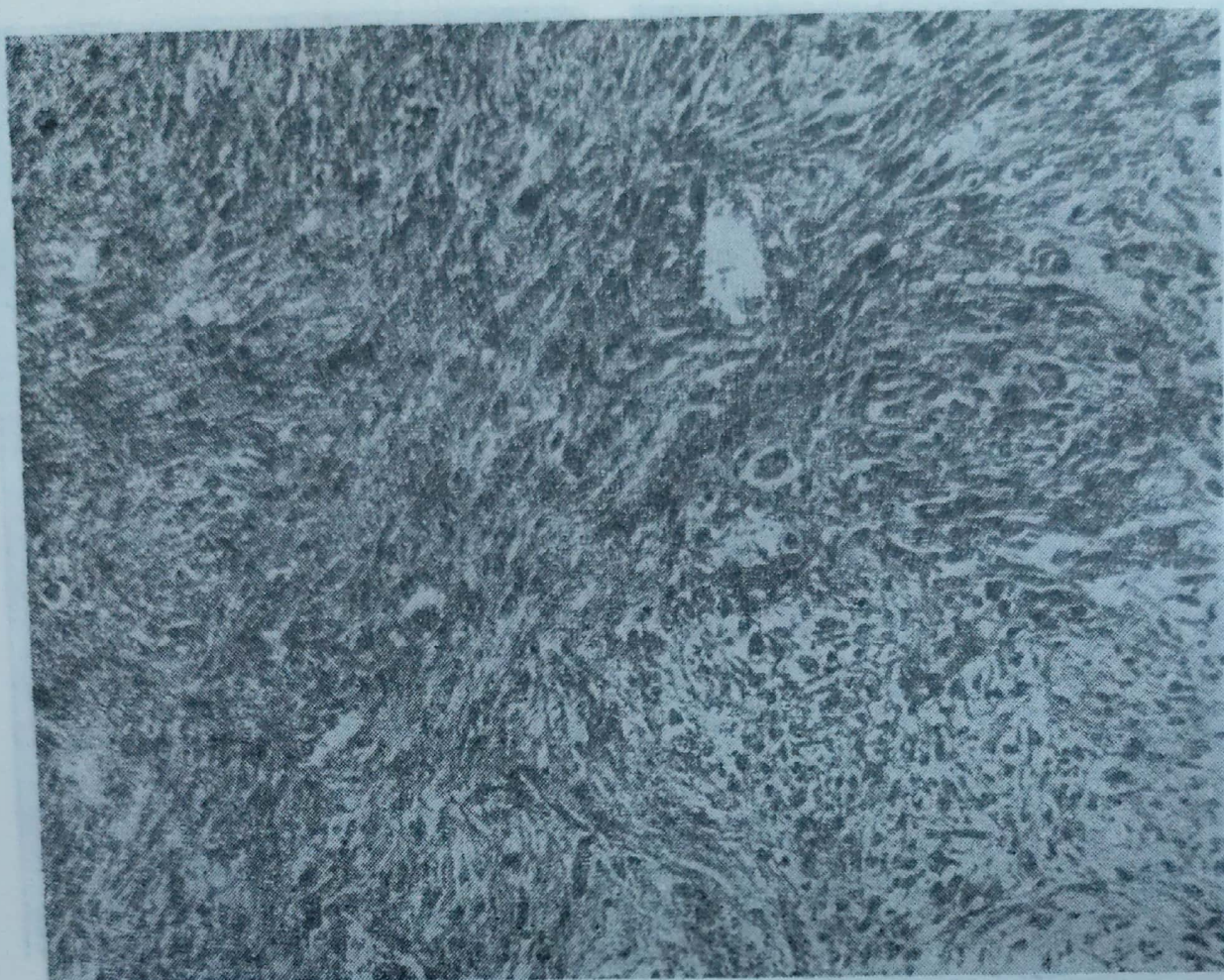
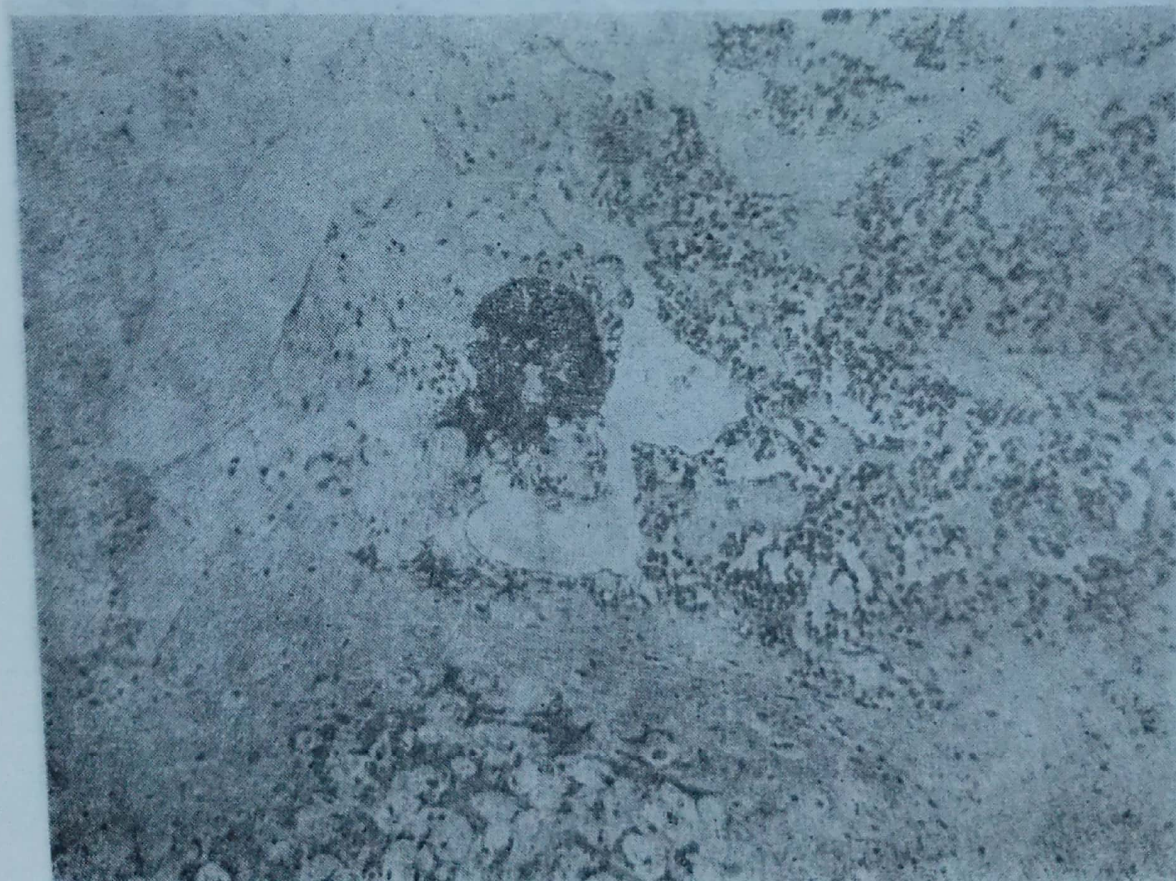


Fig. 80 — x 200, H. E. Fibrosarcom renal

Fig. 79 — x 100, H. E. Carcinom metastatic epidermoid of tubifer renal

Fig. 81 — x 100, H. E. Tumoră Wilms



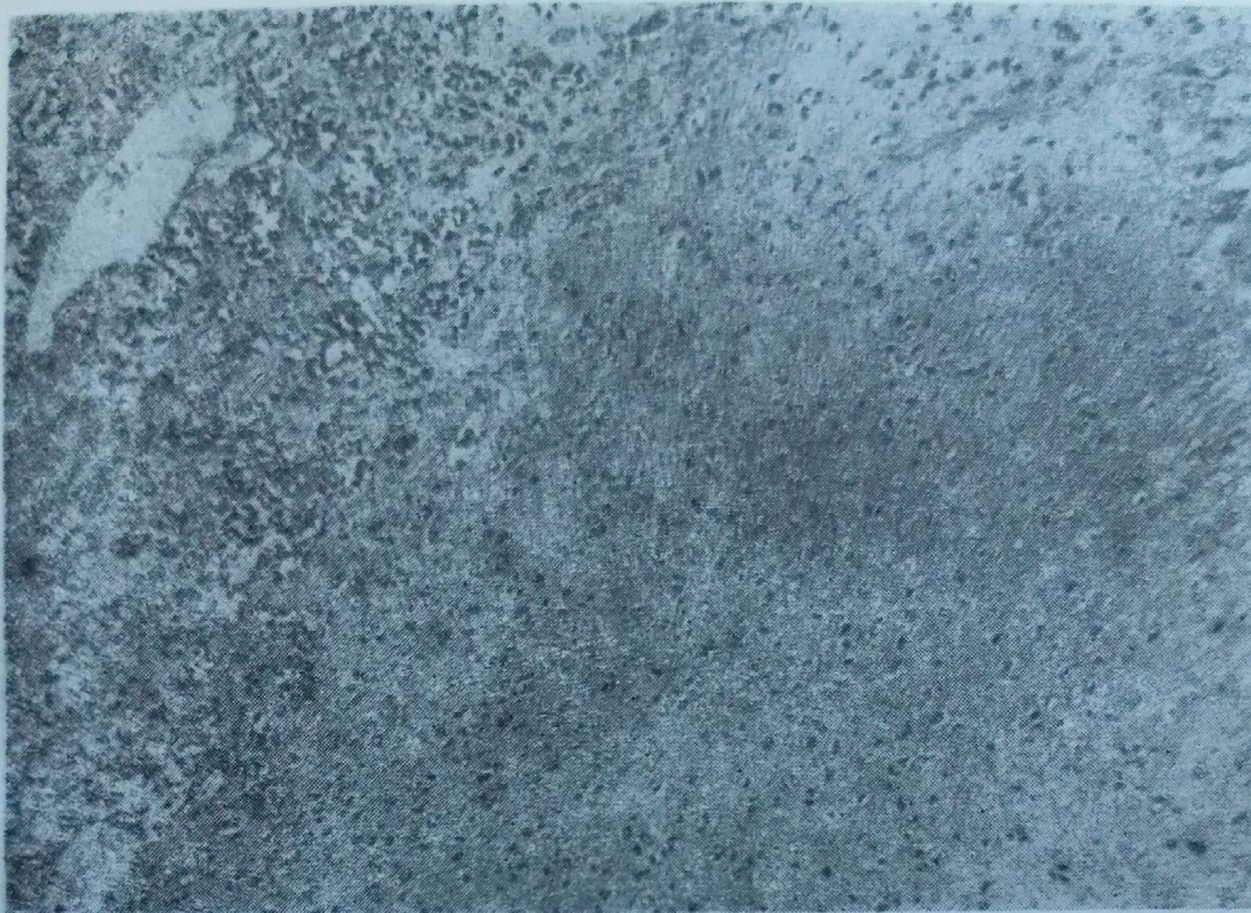


Fig. 82 — x 100, H. E. Tumoră Wilms

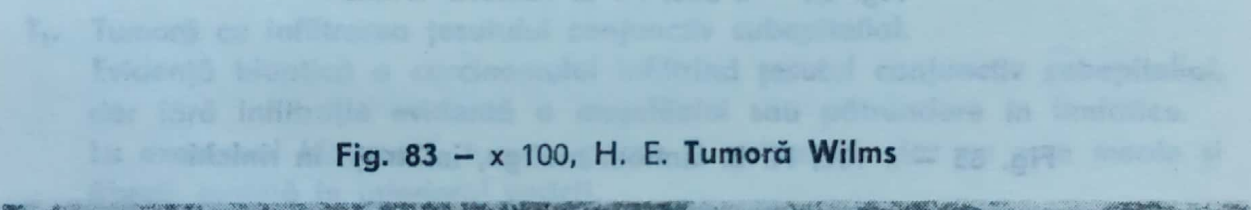


Fig. 83 — x 100, H. E. Tumoră Wilms

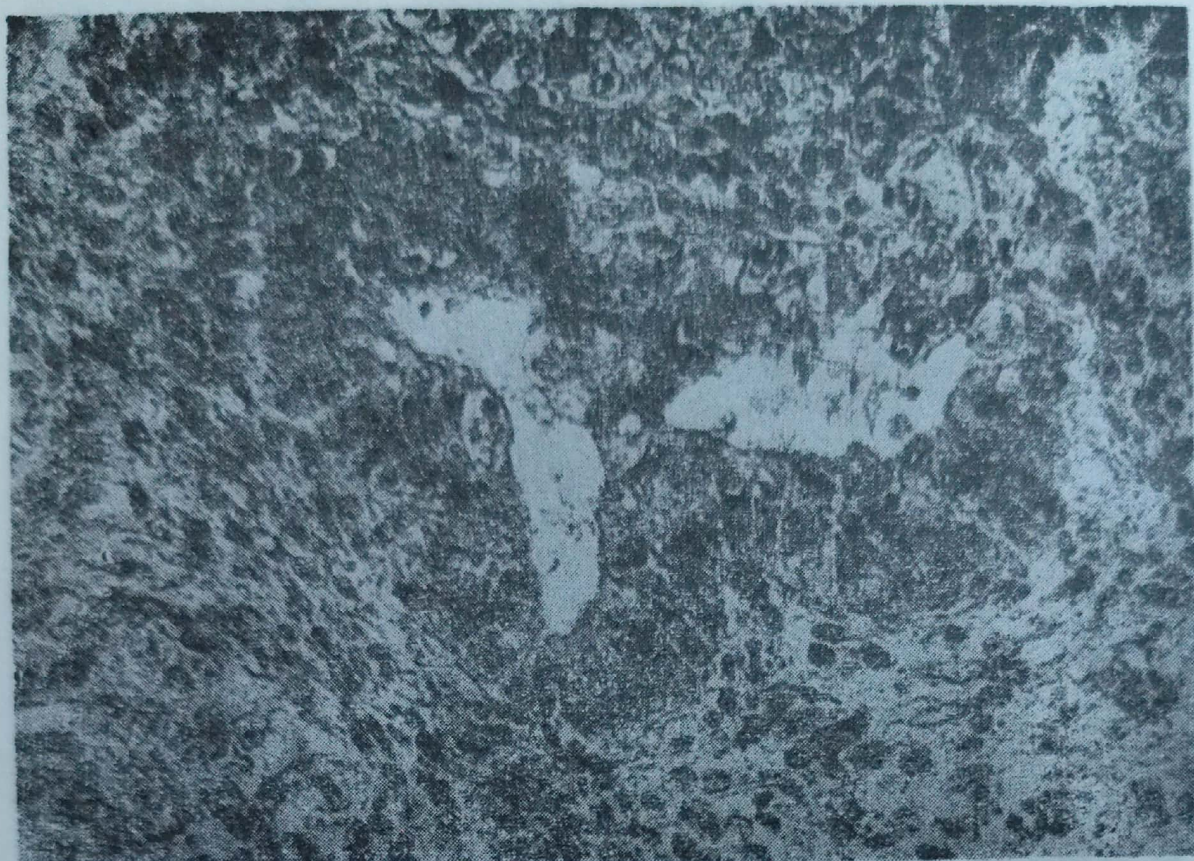
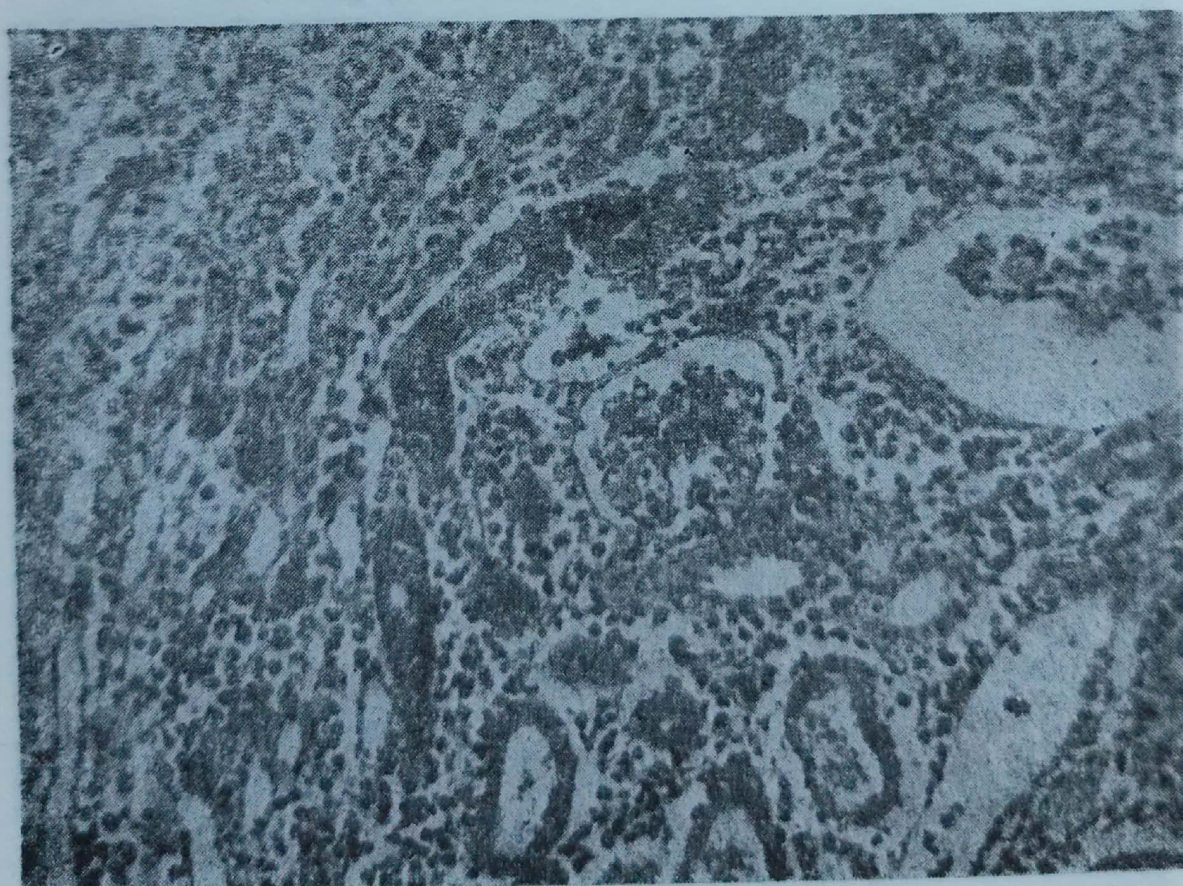


Fig. 84 — x 200, H. E. Tumoră Wilms

Fig. 85 — x 100, H. E. Limfom malign, infiltrații în rinichi



X. – TUMORILE VEZICII URINARE

Clasificare stadială clinică

Union Internationale contre le Cancer – Geneva – 1967

T. TUMORA PRIMARĂ

- T_{1s}.** Carcinom vezical „in situ”.
- T₁.** Tumoră cu infiltrarea țesutului conjunctiv subepitelial.
Evidență bioptică a carcinomului infiltrând țesutul conjunctiv subepitelial, dar fără infiltrație evidentă a mușchiului sau pătrundere în limfatice. La examenul bimanual, tumora poate fi palpabilă, dar ea este moale și liberă, mobilă în interiorul vezicii.
- T₂.** Tumoră cu infiltrarea mușchiului superficial.
Evidență bioptică a carcinomului, infiltrând straturile musculare superficiale, în afară de cazul când limfaticele sînt pătrunse și tumora este de grad înalt. Dacă limfaticele sînt pătrunse și tumora este cu grad mare de malignitate, categoria este T₃.
- T₃.** Tumoră cu infiltrația mușchiului în adîncime.
Biopsia evidențiază :
- T_{3a}** Invazie musculară în adîncime sau, dacă biopsia evidențiază că infiltrația tumorală este neprecisă, examenul bimanual arată delimitarea durității sau aspectul său nodular, sau,
 - T_{3b}.** permeația limfatică sau
 - T_{3c}.** gradul înalt de malignitate în mușchi sau la orice nivel.
- T₄.** Tumora este fixă sau invadează organele din jur.
Carcinomul este evidențiat biptic.
La examenul bimanual sau orice alt examen tumora este fixată la perețele pelvin și invadează prostata, orice alt viscer sau peretele abdominal.

N. ADENOPATIE REGIONALĂ : nu poate fi determinată prin metode clinice.

M. METASTAZE LA DISTANȚĂ

M_0 : absența metastazelor

M_1 : metastaze prezente.

Stadiere pe grupe :

Stadiul I : $T_1N_x M_0$

Stadiul II : $T_2N_x M_0$

Stadiul III : $T_3N_x M_0$

Stadiul IV : $T_4N_x M_0$

$T_1N_x M_1$

$T_2N_x M_1$

$T_3N_x M_1$

$T_4N_x M_1$

În paralel cu stadierea U.I.C.C. reproducem stadierea propusă de Jewett și Strong mult utilizată în serviciile de urologie :

St. O — tumoră limitată la mucoasă

St. A — tumoră limitată la mucoasă și submucoasă

St. B — tumora invadează mușchiul :

B_1 — $1/2$ superficială

B_2 — $1/2$ profundă

St. C — tumora invadează țesuturile învecinate

St. D — tumora cu metastaze :

D_1 — localizate în pelvis

D_2 — la distanță

Categorii histo patologice

P₁. Tumoră cu infiltrarea țesutului conjunctiv subepitelial.

P₂. Tumoră cu infiltrarea musculaturii superficiale.

P₃. Tumoră cu infiltrarea musculaturii profunde.

P₄. Tumoră cu infiltrarea prostatei sau a altor structuri extravezicale.

Deoarece în problema clasificării histologice a tumorilor vezicii urinare nu s-a ajuns la un consens unanim, am crezut util să reproducem, pe lângă clasificarea propusă de Organizația Mondială a Sănătății, două clasificări utilizate în două centre universitare din țara noastră.

În acest mod, cititorul poate opta pentru unul dintre cele trei puncte de vedere, putînd sesiza, în același timp, dificultatea de a clasifica aceste tumori.

CLASIFICAREA TUMORILOR VEZICII URINARE

World Health Organization 1969

TUMORI EPITELIALE

- A. Papilom cu celule tranziționale (paramalpighian) cu forma „papilomatoză difuză”.
- B. Papilom cu celule tranziționale de tip inversat.
- C. Papilom epidermoid.
- D. Carcinom cu celule tranziționale (paramalpighian).
- E. Variante de carcinoame cu celule tranziționale :
 - 1. cu metaplazie epidermoidă
 - 2. cu metaplazie glandulară
 - 3. cu metaplazie epidermoidă și glandulară.
- F. Carcinom epidermoid.
- G. Adenocarcinom.
- H. Carcinom nediferențiat cu varietatea „carcinom lipidic”.

TUMORI NEEPITELIALE

- A. Benigne (leiomiom, neurofibrom, hemangiom, tumoră cu celule granuloase).
- B. Maligne :
 - 1. rabdomiosarcom
 - 2. altele (leiomiosarcom, fibrosarcom, osteosarcom),

TUMORI DIVERSE

- A. Feocromocitom (funcțional și nefuncțional).
- B. Limfoame
- C. Carcinosarcoame
- D. Melanom malign
- E. Altele

TUMORI METASTATICE ȘI INVADĂRI SECUNDARE TUMORI NECLASATE

CARACTERE PARTICULARE ALE TUMORILOR

Mod de creștere

- 1. Tumori papilare care se exteriorizează în lumenul vezicii.
- 2. Tumori infiltrante care se dezvoltă în peretele vezical.

3. Tumori papilare și infiltrante.
4. Tumori nepapilare și neinfiltrante care se cantonează la suprafață „în situ”.

Clasificarea histologică

- Gr. 1** – Tumori cu anaplazie slabă.
Gr. 2 – Tumori cu anaplazie intermediară.
Gr. 3 – Tumori cu anaplazie severă.

Stadiul patologic (infiltrarea)

- Infiltrarea mucoasei (PIS).
 Infiltrarea corionului (PI).
 Infiltrarea musculaturii superficiale (P2).
 Infiltrarea musculaturii profunde (P3).
 Infiltrarea organelor adiacente sau altor structuri (P4).

Mod de extensie locală

1. Invadare tentaculară, în travee, cuiburi sau celule izolate insinuate între structuri normale.
2. Invadare în bloc, tumora avansează pe front larg.
3. Invadare limfatică și vasculară.

Diagnosticul diferențial al tumorilor vezicale este posibil cu :

Anomalii epiteliale

- A.** „Cistita” papilomatoasă.
B. Cuiburile lui von Brunn.
C. „Cistita” chistică.
D. Metaplazia glandulară.
E. „Adenomul nefrogen”.
F. Metaplazia epidermoidă.

Leziuni pseudotumorale

- A.** „Cistita” foliculară.
B. Malacoplasia.
C. Amiloidoza.
D. Polip fibros (epitelial).
E. Endometrioza.
F. Hamartoame.
G. Chiste.

Histological Typing of Tumours., F. K. Mostofi. World Health Organization, Geneva, 1969.

CLASIFICAREA HISTOLOGICĂ A TUMORILOR VEZICII URINARE

(adaptată și utilizată de Disciplina de Morfopatologie Tg. Mureș)

TUMORI EPITELIALE

epiteliu de tranziție — uroteliu

A. CARCINOM UROTELIAL PAPILAR

- gr. I
- gr. II
- gr. III
- gr. IV

- 1. cu metaplazie pidermoidă
- 2. cu metaplazie glandulară
- 3. mixt (1+2).

B. PAPILOM UROTELIAL INVERSAT (carcinom).

C. PAPILOM EPIDERMOID.

D. CARCINOM EPIDERMOID nekeratozic keratozic.

E. ADENOCARCINOM (urac ?)

- 1. mucipar
- 2. mezonefric

F. CARCINOM NEDIFERENȚIAT.

- 1. lipidic.

TUMORI NEEPITELIALE

BENIGNE : fibrom, mixom, leiomiom,

mioblastom, hemangiom, neurofibrom.

MALIGNE : fibrosarcom, mixosarcom, leiomiosarcom,

rabdomiosarcom, mioblastom, malign ;

feocromocitom, limfom malign, carcinosarcom, melanom.

X. – CLASIFICAREA TUMORILOR VEZICII

(utilizată de Clinica Urologică I.M.F. Iași)

A. – TUMORI PRIMITIVE EPITELIALE

1. – Tumori BENIGNE PAPILARE
(cu celule tranziționale)
2. – Tumori MALIGNE PAPILARE
(cu celule tranziționale)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> a. – papilomul simplu b. – papilomul hiperplazic c. – carcinomul papilar neinvaziv
(„in situ“) d. – carcinomul papilar invaziv |
|---|

3. – Tumori MALIGNE SOLIDE

- a. – carcinom cu celule tranziționale
- b. – carcinom epidermoid
- c. – adenocarcinom comun și mucipar
- d. – carcinom nediferențiat
- e. – carcinom cu stroma remaniată

B. TUMORI PRIMITIVE CONJUNCTIVE

1. – Tumori benigne : fibrom, fibromixom, leiomiom, rabdomiom, hemangiom, neurofibrom, mioblastom.
2. – Tumori maligne : fibrosarcom, mixosarcom, liposarcom, leiomiosarcom, rabdomiomiosarcom, osteosarcom, mioblastom malign.

C. – TUMORI MIXTE : carcinosarcom.

D. – ALTE TUMORI : teratom, chist dermoid

feocromocitom
melanom malign

E. – TUMORI SECUNDARE

1. propriu-zise
2. în cadrul hemoblastozelor : limfoame.

F. – PSEUDOTUMORI : endometrioza, hamartomul, chisturi diferite.

N. B. celule tranziționale – celule uroteliale.

Notă :

Zonă încadrată : O. Franche, G. Tărăbușă-Cordun, N. Dănilă, E. Antohi : Jour. Urol. et Neph. 1969, 75, 6.

Zona neîncadrată : G. Tărăbușă-Cordun : prin coordonarea clasificărilor curente.

X. A. — Tumori primitive epiteliale

Tumorile primitive ale vezicii urinare reprezintă 3—5% din toate afecțiunile urologice, iar tumorile epiteliale vezicale reprezintă 90% din tumorile vezicii urinare.

A. 1. a. — PAPILOMUL SIMPLU

Sinonime: fibro epiteliom benign, carcinom papilar cu grad scăzut de malignitate, carcinom papilar gr. I, fibro epiteliom tipic.

Date clinice: fără preferință de vîrstă, este totuși mai frecvent în partea a 2-a a vieții; se manifestă prin hematurii capricioase și fenomene vezicale. În apariția tumorii, se discută etiologia virotică și/sau chimică cu aspect de boală profesională (în industria chimică). Se recomandă: citologia urinelor și examenul cistoscopic.

Macroscopie: papilomul simplu poate prezenta dimensiuni foarte variate, are aspect conopidiform, este alcătuit din numeroase franjuri papilare pediculate sau sesile, implantate pe mucoasa vezicală.

Microscopie: tumora este constituită din formațiuni papilare cu ax conjunctivo-vascular subțire, pe care sînt implantate 6-7 rînduri de celule de tip urotelial, cu nuclei uniformi, fără atipii sau mitoze. Membrana bazală este intactă.

Evoluție: tumora are o comportare foarte capricioasă. Ea este benignă, cu accentuat potențial de malignizare. După extirparea chirurgicală, papilomul poate reapare (recidivă), independent de tumora extirpată, în aceeași formă histologică sau într-o formă diferită, mai mult sau mai puțin diferențiată. Din statistica lui Lerman și col. (1970), pe 125 observații cu papi-

lom vezical inițial, în 9,6% s-a dezvoltat în continuare un carcinom vezical (în 4%, carcinom in situ și, în 5-6%, un carcinom infiltrativ).

A. 1. b. – PAPILOMUL HIPERPLAZIC

Sinonime : carcinom urotelial papilar gr. II, carcinom tranzițional diferențiat (cu grad inferior de malignitate).

Clinic și macroscopic tumora se aseamănă cu papilomul simplu, prezentînd în plus o îngroșare a papilelor.

Microscopie : formațiunile papilare prezintă axul conjunctivovascular ușor lărgit datorită edemului și sporirii numărului vaselor și a țesutului conjunctiv. Celulele de tip urotelial sînt așezate pe mai mult de 6 rînduri (6—15). Izolat și dispartat, se observă în epiteliu mitoze și nuclei atipici. Membrana bazală este intactă.

Evoluție : creșterea capacității de recidivă a tumorii.

R. I. Lerman, R. V. Hutter, F. Ritter, W. F. Whitmore : The Jour. of Urology, 104, 4, p. 418-421, 1970.

A. 2. c. – CARCINOMUL NEINVAZIV (IN SITU)

Aspect tumoral relativ rar. La clinica Mayo, pe 2 300 observații cu carcinom vezical depistat între 1950—1963, carcinomul în situ a fost evidențiat în 62 de cazuri (Utz și col. 1970).

La clinica Chirurgicală și Urologică din Iași, în intervalul 1948—1977, au fost diagnosticate 15 cazuri de carcinom in situ din 720 de tumori vezicale, examinate în această perioadă.

Această formă tumorală se prezintă sub aspectul unor zone izolate, de întinderi variabile, cu dispoziție anarhică a celulelor, nuclei hipercromi, monstruoși și mitoze atipice, situate, fie în mucoasa unui papilom simplu sau/și a unui papilom hiperplazic, fie în mucoasa vezicală nepapilară. Caracterul principal al tumorii este existența membranei bazale intacte. În vecinătatea zonelor cu carcinom in situ, se pot observa următoarele aspecte : mucoasă vezicală normală, leziuni infla-

matorii cronice, carcinom papilar sau nepapilar (cu sau fără celule uroteliale).

Evoluție: tumora are prognostic rezervat. Ea este considerată ca o leziune malignă, de sine stătătoare, cu potențial de transformare în tumoră infiltrativă prin depășirea membranei bazale.

D. C. Utz, K. A. Hanash, G. M. Farrow : The Jour. of Urology, 103, 1, p. 160-164, 1970.

A. 2. d. — CARCINOMUL PAPILAR INVAZIV

Sinonime: carcinom papilar puțin diferențat, fibro-epiteliom malign infiltrant gr. III—IV, carcinom papilar cu celule tranziționale și caracter invaziv.

Date clinice: la tușeul manual se percepe indurația peretelui vezical; bolnavul acuză hematurii capricioase, durere și tulburări de micțiune. Se indică examenul citologic al urinelor, examenul cistoscopic, precum și examenul radiologic al aparatului urinar.

Macroscopic: tumora are aspect conopidiform cu zone ulcerate, hemoragice. Ea este pediculată sau sesilă și infiltrează perețele vezical.

Microscopie: tumora este alcătuită din formațiuni papilare cu epiteliul de tip tranzițional, cu dispoziție anarhică a celulelor, nucleii hiperchromi, monstuoși, mitoze atipice. Membrana bazală este străpunsă de procesul tumoral. Mucoasa vezicală de vecinătate poate prezenta leziuni inflamatorii cronice, displazice sau carcinom in situ.

Cele 4 aspecte tumorale, descrise pînă aici, papilom simplu, hiperplazic, carcinom neinvaziv și carcinom invaziv, se pot găsi separat sau asociat în diversele cîmpuri ale aceleiași tumori.

Din acest motiv, se consideră că cele 4 aspecte reprezintă diferite grade de malignitate ale aceluiași tip de tumoră. În consecință, papilomul simplu și papilomul hiperplazic, care sînt tumori benigne ca aspect histologic (luînd în considerație momentul examinării), sînt denumite „carcinoame” de gradul I și II. În clasificarea utilizată de noi am făcut o distincție între

formele cu aspect histologic benign și cele cu malignitate histologică, avînd în vedere și integritatea membranei bazale, sprijiniți pe argumentul evoluției clinice a unui mare număr de bolnavi urmăriți un timp îndelungat.

Evoluție : prognostic sever.

A. 3. — Tumori primitive, epiteliale, maligne, „solide“

Aceste forme reprezintă 10—20% din toate tumorile vezicii.

A. 3. a. — CARCINOM CU CELULE TRANZIȚIONALE

Date clinice : tumora se traduce clinic prin următoarele simptome : durere în hipogastru, hematurii capricioase, fenomene vezicale și tumoră palpabilă. Se indică examenul citologic al urinelor, examenul cistoscopic și examenul radiologic al aparatului urinar.

Macroscopie : în stadiul incipient neoformațiunea ar putea fi confundată cu tumorile papilare invazive, cu atît mai mult cu cît, uneori, această formă provine dintr-un carcinom papilar urotelial cu distrugerea secundară a suprafeții papilare și invazie în profunzime.

Într-o fază mai avansată, tumora apare ca o formațiune neregulată, infiltrativă, cu zone de necroză și hemoragie, interesînd peretele vezical în grade diferite.

Microscopie : tumora este alcătuită dintr-un epiteliu urotelial cu marcate atipii nucleare, hiperchromazie și mitoze atipice, epitelul putînd fi situat pe axe conjunctivo-vasculare sau apărînd sub forma unor mase tumorale. Se remarcă necroza și infiltrația tumorală a peretelui vezical.

Evoluție : tumoră malignă cu evoluție rapidă, prognostic sever.

A. 3. b. — CARCINOM EPIDERMOID

Frecvență : 3—4% dintre tumorile epiteliale ale vezicii.

Date clinice : asemeni carcinomului tranzițional.

Macroscopie : tumoră neregulată, cu caracter infiltrativ, interesând peretele vezical în proporții diferite. Suprafața tumorii este neomogenă, eventual cu zone ulcerate ; pe secțiune, ea este alb-cenușie, dură, cu zone hemoragice.

Microscopie : tumora poate proveni dintr-o zonă de metaplazie sau de leucoplazie a epiteliului vezical cu transformare neoplazică a acesteia. Ea are structură de carcinom epidermoid cu sau fără keratinizare și cu tendință la formare de globi cornoși.

Evoluție : prognostic sever.

A. 3. c. – ADENOCARCINOMUL VEZICAL

Această formă tumorală reprezintă 1,8% din toate carcinoamele vezicale (Olănescu, 1971) ; 36% din tumori au fost întâlnite în a VII-a decadă a vieții. Tumora este localizată, de obicei, pe domul sau pereții laterali ai vezicii urinare.

În forma de adenocarcinom nemucipar, tumora este, de obicei, o neoplazie secundară, cu punct de plecare în prostată, glandele periuretrale (uretra prostatică) sau resturi ambrionare degenerate neoplazic.

Această formă mai poate avea ca origine transformarea neoplazică a unei „cistite“ glandulare sau a unei distrofii a mucoasei vezicale, caz în care neoplazia este localizată, de obicei, în trigon sau în peretele posterior al vezicii.

Adenocarcinomul mucipar al vezicii urinare este alcătuit din acini glandulari, cu epiteliu cilindric de tip mucos. Prezența tumorii la nivelul vezicii este excepțională și are, probabil, originea în urac sau în incluziuni de celule restante în sinusul uro-genital.

În acest caz, tumora se situează cu predilecție pe vârful vezicii și pe peretele anterior al acesteia.

O formă specială de „adenocarcinom“ este „carcinomul mezonefric“, formă rară, constituită din structuri tubulare, cu caracter infiltrativ, asemănător, întrucitva, cu tumorile mezonefrice de la alte nivele.



A. 3. e. – CARCINOMUL CU STROMĂ REMANIATĂ

Această tumoră este un carcinom comun, cu modificări polimorfe la nivelul stromei, modificări care constau din prezența de plaje mixoide, condroide sau fibroase și, eventual, prezența unor nuclei atipici.

A. 3. d. – CARCINOMUL NEDIFERENȚIAT

Tumora este alcătuită din celule cu nuclei monstruoși, mitoze atipice, zone de necroză și hemoragie. La examenul microscopic, nu se mai poate identifica caracterul urotelial al celulei tumorale.

Evoluție : (pentru toate formele) prognostic sever.

Notă : din studiile de ansamblu ale cancerului vezicii urinare se desprind următoarele :

- vîrsta cea mai interesată de procesul neoplazic este a V-a și a VI-a decadă ;
 - incidența la sexul masculin este de 12,2% din totalitatea localizărilor tumorale ;
 - în 74% din cazurile de neoplasm vezical, bolnavii sînt fumători ;
 - hematuria este simptomul principal în 83% din observații ;
 - din 302 cancere, studiate de Cox și col. (1969), diversele forme microscopice au întrunit următorul procentaj : carcinom tranzițional 85%, carcinom squamos 9%, adenocarcinom 2%, alte forme 4% ;
 - media de supraviețuire peste 5 ani este de 17—22% după datele lui E. Maltry (1968) ;
 - media de supraviețuire peste 5 ani, în funcție de stadiul tumorii este următoarea :
- | | |
|--------------------|--|
| St. O | = 67,6% |
| St. A | = 40 % |
| St. B ₁ | = 27 % |
| St. B ₂ | = 23 % |
| St. C | = 31,2% (din datele lui Cox și col., 1969) ; |

— media de supraviețuire peste 5 ani, în cazul tumorilor papilare fără recidivă, este următoarea :

papilom	= 75 %
papilom hiperplazic	= 62 %
carcinom papilar neinvaziv	= 71,4%
carcinom papilar invaziv	= 36 % (din datele lui Dănilă N. 1974) ;

— 3,8% din decesele de cancer, în 1961, s-au datorat neoplasmului vezical.

C. E. Cox, A. S. Coss, W. H. Boyce : The Journ. of Urology, 101, 4, p. 550-558, 1969.

Dănilă N. — Tumori papilare ale vezicii urinare — Teză de doctorat, Iași, 1974.

E. Maltry : The Journ. of Urology, 99, 2, p. 165-171, 1968.

X. B. — Tumori primitive conjunctive

B. 1. — Tumori benigne

Tumorile conjunctive benigne ale vezicii urinare sînt tumori rare. Ele nu se deosebesc ca structură microscopică de aceleași forme din alte localizări.

FIBROMUL VEZICAL

În forma sa pură, din punct de vedere histologic, tumora se poate prezenta sub două aspecte :

— fibromul dur : slab celularizat, slab vascularizat, cu calcificări ;

— fibromul moale : bogat celularizat, bine vascularizat, edematos ;

este prezent cu predilecție între 30—50 de ani și se manifestă clinic prin hematurie, tulburări de micțiune și (tardiv) infecție urinară.

FIBROMIXOMUL ȘI FIBROLEIOMIOMUL

Nu prezintă aspecte histologice deosebite, în afara celor cunoscute din alte localizări.

HEMANGIOMUL

Tumora reprezintă 0,5% din tumorile vezicale, sînt publicate aproximativ 80 cazuri și în 30% se semnalează coexistența cu alte localizări angiomatoase; este o tumoră congenitală și se localizează frecvent în trigon.

NEUROFIBROMUL

Este uneori încadrat în bolile de sistem. Pînă în 1966, au fost raportate 31 cazuri cu localizare vezicală (Socor — 1972). Tumora nu are preferință de vîrstă, se dezvoltă, de obicei, în trigon sau la colul vezical, iar raportul de incidențe bărbați/femei este de 2/1.

OSTEOMUL

Se localizează, cel mai adesea, în orificiul ureteral.

Evoluție: toate aceste forme sînt tumori benigne cu malignizare foarte rară.

C. Socor — Chirurgia (București), 8, p. 733-736, 1972.

X. B. 2. — Tumori maligne

SARCOMUL VEZICAL

Acest capitol se referă în special la sarcomul vezical, deoarece este forma de tumoră conjunctivă malignă cea mai reprezentativă, care poate fi întîlnită la nivelul vezicii urinare. Sarcomul vezical este o tumoră rară. O indicație bibliografică din 1959 semnalează cifra de 327 de cazuri publicate pînă la acea dată. (Thompson — 1959; Brinton și col. — 1970).

Date clinice : tumora poate apărea la orice vîrstă ; la copilul mic, ea constituie o entitate particulară datorită aspectului embrionar al tumorii. Cel mai adesea, a fost semnalată între 50—60 ani, proporția bărbați/femei fiind apreciată a fi de 2/1.

Macroscopie : sarcomul vezical se dezvoltă, mai ales, la nivelul trigonului și pe peretele posterior al vezicii urinare. Tumora este infiltrativă, neregulată, de mărimi variabile. Pe suprafața de secțiune, ea prezintă un aspect de hartă geografică, alb-cenușiu, cu zone de necroză și hemoragie, cu depuneri calcare sau chiar cu transformări osteoide.

Microscopie : tumora poate îmbrăca următoarele aspecte microscopice : fibrosarcom, mixosarcom, liposarcom, osteosarcom, condrosarcom, leiomiosarcom (care nu se localizează la trigon), rabdomiosarcom (se localizează, de obicei, la trigon și col, se extinde cu repeziciune și se întâlnește frecvent la copil) și o formă specială, denumită „carcinosarcom“, în care se împletesc imagini de carcinom și de sarcom, ambele forme fiind dezvoltate, probabil, din aceeași celulă mezenchimală. Pentru unii autori, carcinosarcomul reprezintă 5—6% din totalul tumorilor vezicale.

Evoluție : prognosticul este deosebit de grav ; sînt semnalate metastaze în 25% din cazurile autopsiate în următoarea ordine: pulmon, pleură, ficat, rinichi, suprarenală, cord, stomac, pancreas. Supraviețuirea de la apariția bolii — este în general de 1 an în 50% din cazuri.

I. Brinton et col. : Cancer, 25, 1183, 1970.

I. M. Thompson, A. J. Coppridge : Jour. Urol., 82, 329, 1959.

MIOBLASTOMUL

Mioblastomul vezical este o tumoră excepțională, contestată de mulți autori și confundată de alții cu rabdomiomul (în formă benignă) sau cu rabdomiosarcomul (în formă malignă). Printre cele 119 denumiri sinonime ale mioblastomului granulocelular, figurează și acelea de „sarcom botrioid“, „leiomiom bizar“ etc. Diverși autori au apreciat că natura tumorii ar putea fi musculară, histiocitară sau nervoasă.



Frecvență : din datele lui Seery (1968), rezultă că, pînă la acea dată, erau cunoscute 5 cazuri în literatură, din care 4 benigne și unul malign.

Date clinice : 60% din tumori apar în primii 2 ani de viață. Tumora este de 2,5 ori mai frecventă la sexul masculin.

Macroscopie : tumoră lobulată, sub formă de ciorchine, pediculată sau sesilă, de dimensiuni variabile. Ea este alb-cenușie pe fața externă și pe suprafața de secțiune și prezintă, uneori, zone de necroză și hemoragie. Cel mai adesea, se extinde la uretră.

Microscopie : mioblastomul poate prezenta următoarele aspecte citologice :

— celule mari, clare, de 25—50 microni, ovalare, rotunde sau poliedrice, cu nucleu închis la culoare, uneori excentric, cu citoplasma palidă în care se găsesc numeroase granulații slab eozinofile, nelipidice, ce dau, în ansamblu, aspectul de citoplasmă spumoasă ;

— celule rotunde cu granulații și striatii longitudinale și transversale în citoplasmă ;

— celule gigante (150—160 microni), uni sau multinucleate, cu citoplasma fără limite nete ;

— celule neregulate, cu atipii marcate, asemănătoare aceloră din sarcomul polimorf.

Evoluție : prognostic relativ sever (în forma malignă), metastazare tardivă.

W. H. Seery — The Journ. of Urology, 100, 6, p. 35-37, 1968.

X. C. — CARCINOSARCOMUL — tumoră cu totul excepțională

X. D. 1. — FEOCROMOCITOMUL VEZICAL

Frecvență : pînă în 1971, sînt publicate 20 de cazuri. Localizarea vezicală reprezintă 10% din localizările ectopice ale tumorilor cromafine.

Date clinice: tumora nu are o vîrstă preferată. Ea apare, cu predilecție, la sexul feminin. Simptomele caracteristice sînt: sindrom paroxistic adrenosimpatic declanșat de micțiune (cefalee bruscă, anxietate, paloare, transpirații, palpitații, vărsături, dureri precordiale), hematurie și prezența tumorii.

Macroscopie: tumora este infiltrativă, de mărimi variabile, localizată departe de trigon.

Microscopie: feocromocitomul este constituit din cordoane de celule de mărimi variate, de forme diferite, fără delimitări nete, turtite unele lângă altele, cîteodată fuziforme, sarcomatoide, uneori în rachetă, stelate sau sferice. Celulele conțin, în citoplasmă, granulații cromafine.

X. D. 2. — MELANOMUL MALIGN

Melanomul malign al vezicii urinare este o tumoră excepțională. Ainsworth și col., (1976) afirmă că, pînă la această dată, sînt raportate numai 3 cazuri. Prezența acestei tumori în formă primară ar fi explicată prin migrația — în faza embrionară — a unor melanocite din creasta neurală în mezenchim și evoluția sub formă tumorală într-o fază tardivă.

Nici în forma secundară tumora nu este prea frecventă; pînă în 1964, sînt raportate în literatură aproximativ 50 de cazuri. Se afirmă că, în realitate, procentajul este mult mai mare, dar tumora nu este căutată sistematic.

Într-o formă sau alta, melanomul malign rămîne una dintre cele mai maligne tumori, cu generalizare rapidă și sfîrșit letal.

A. M. Ainsworth, W. H. Clark, M. Mastrangelo, K. B. Conger: Cancer, 37, 1928-1936, 1976.

Tr. Caracaș, Maria Șerbănescu: Chirurgia (București), 10, p. 921, 1968.

X. E. — Tumorile secundare ale vezicii urinare

Tumorile secundare de la nivelul vezicii urinare pot proveni din:

— implantare din căile urinare superioare;

- pe cale limfatică retrogradă sau hematică din organe de la distanță ;
- prin contiguitate de la organe din vecinătate (prostată, ovar, uter, etc.) ;
- localizări secundare tumorale în cadrul hemoblastozelor cu aspect de : limfom malign nehodgkinian ;
limfom malign Hodgkin.

Diagnosticul diferențial al tumorilor vezicii urinare este posibil cu cele 2 categorii de leziuni stabilite în volumele *Histological Typing of Tumours*, W.H.C., Geneva 1969, după cum urmează :

„ANOMALII EPITELIALE” ȘI „LEZIUNI PSEUDOTUMORALE”

1. Anomalii epiteliale :

- „*Cistita papilomatoasă*”, în care mucoasa vezicală prezintă aspecte papilare cu prelungiri groase, digitiforme, acoperite de un uroteliu sprijinit pe un corion edematos, hiperemic și infiltrat inflamator.
- *Cuiburile lui von Brunn*, reprezentate prin grupuri de celule uroteliale cu stratul bazal în afară, izolate în corion (ca niște cuiburi) sau atașate de epiteliul vezical. Aceste formațiuni sînt frecvent întîlnite pe toată lungimea epiteliului de tip urotelial.
- „*Cistita chistică*” în care, cel mai adesea, cavitatea este săpată într-un cuib von Brunn, realizîndu-se astfel aspectul chistic.
- *Metaplazia glandulară* este caracterizată prin existența de glande cu epiteliu cilindric, dispuse în corion, sau de fragmente dispartate de epiteliu cilindric, cu mucus, răspîndite în mucoasă, la suprafața carionului.
- *Adenomul nefrogen* este constituit din structuri tubulare, cu celule cubice, foarte asemănătoare tubilor renali.
- *Metaplazia epidermoidă* este reprezentată prin celule epidermoide cheratinizate sau nu, sub formă de insule, în grosimea epiteliului tranzițional.

2. Leziuni pseudotumorale :

- „*Cistita foliculară*” este caracterizată printr-o infiltrație limfoidă, uneori cu caracter folicular, în grosimea corionului mu-

coasei vezicale. Această formă poate fi confundată cu limfonul vezical.

Malacoplazia este o leziune pseudotumorală, în care, în corion, se observă numeroase macrofage cu corpi Michaelis Gutmann, leziune care trebuie diferențiată în primul rând de tumora cu celule granuloase.

Amiloidoza secundară sau primară este frecvent observată.

Polip fibros (polip fibros epitelial) este o leziune caracterizată prin aspectul polipoid al mucoasei, în care epiteliul este hiperplaziat, țesutul fibros este sporit și leziunile inflamatorii sînt frecvente.

ENDOMETRIOZA VEZICALĂ (endometriomul)

Frecvență : din datele lui Abeshouse, rezultă că, pînă în 1960, erau cunoscute în literatură 15 endometrioame ureterale, 127 vezicale, 6 renale și 3 ureterale. Redon, în 1964, notează 67 endometrioame vezicale cunoscute, față de 6107 cu sediul genital.

Date clinice : endometriomul se manifestă prin următoarele simptome : tumoră, tulburări vezicale, hematurie (în 25% din cazuri) și manifestări hormonale ciclice. Vîrsta preferată este între 30—40 de ani.

Macroscopie : endometriomul are, în general, sediul submucos, este puțin proeminent, uneori polipoid, cu localizare de predilecție la baza vezicii, în spatele trigonului. În zilele precedente menstruației, neoformațiunea capătă aspect chistic-albăstrui, micșorîndu-se după menstruație.

Microscopie : formațiunea are aspect de endometru, cu glande și corion, glandele variînd ca formă, în diversele faze ale ciclului menstrual.

HAMARTOAMELE sînt reprezentate prin cavități chistice tapisate de un epiteliu cubic sau tranzitional cu țesut fibros muscular în jur.

CHISTELE pot fi :

a. de urac, cu localizare la vîrf și peretele anterior al vezicii



b. de cloacă, cu localizare în peretele posterior vezical.

B. J. Abeshouse, G. Abeshouse — J. Int. Coll. Surg, 34, 43, 1960.

B. Besser, A. Pfan — Brit. J. Urol., 40, 2, 245, 1968.

H. Redon, M. J. Dupas, R. Singler — J. Urol., 72, 10-11, 701, 1964.

TUMORILE DE URAC

Uracul este o formațiune reziduală din alantoidă, situată între virful vezicii și ombilic. Formațiunea este constituită din țesut fibros, cordoane epiteliale, microchiști. Din aceste structuri se pot dezvolta adenocarcinoame papilare, adenocarcinoame mucipare sau tumori maligne conjunctive. Confuzia cu tumorile vezicii urinare este posibilă.

Tumorile maligne de urac pot fi sursă de tumori vezicale secundare. Prezența acestor tumori este excepțională. Borzoo-Nadjmi și col. (1968), revăzând literatura, afirmă că, pînă la acea dată, sînt cunoscute 123 observații, la care mai adaugă două cazuri personale.

Manifestările clinice ale neoplasmului de urac sînt : tumora din hipogastru, fenomenele de compresiune și, uneori, hematuria. Prognosticul tumorilor este în funcție de aspectul microscopic al acestora. Din cazurile analizate de Borzoo-Nadjmi rezultă că 42% din observațiile publicate au decedat prin metastaze și recidive, 31% numai prin recidivă locală, 20% numai prin metastază și numai 8% dintre pacienți au trăit 5 ani.

Borzoo — Nadjmi, E. D. Whitehead, C. F. McKiel, E. C. Graf, D. H. Callahan : The Journ. of Urology, 100, 6, 738-743, 1968.

XI. — CLASIFICAREA TUMORILOR URETREI

A. — TUMORI PRIMARE

A. 1. — TUMORI BÉNIGNE

a. — tumori epiteliale

papilom
adenom

b. — tumori conjunctive

fibrom
leiomiom
(hem)angiom

A. 2. — TUMORI MALIGNE

a. — tumori epiteliale

carcinom epidermoid
carcinom papilar cu celule tranziționale
adenocarcinom
carcinom nediferențiat

b. — tumori conjunctive

— sarcoame —

cu celule rotunde
fibrosarcom
rabdomyosarcom
sarcom polimorf
mixosarcom

c. — alte tumori

carcinosarcom
melanom malign

B. — TUMORI SECUNDARE

C. — PSEUDOTUMORI

1. — Chistul (chisturile uretrei)
2. — Carunculul uretral.

XI. A. 1. a. – TUMORI PRIMITIVE BENIGNE EPITELIALE

PAPILOMUL URETRAL

Macroscopia : localizarea preferată a papilomului uretral este porțiunea anterioară a uretrei (uretra prostatică sau veru montanum), uneori asociindu-se cu condilomul acuminat. Tumora are aspect de conopidă, este moale, friabilă, pediculată.

Microscopie : formațiuni papilare, acoperite de epiteliu pavimentos, cu leziuni de hipercheratoză și hiperacantoză.

ADENOMUL URETRAL

Macroscopie : tumora se localizează de preferință în uretra posterioară sau veru montanum și este, probabil, o transformare a glandelor prostatice periuretrale (tumora nu este semnalată la femei).

Ea apare ca o formațiune bine delimitată, sesilă sau pediculată.

Microscopia : adenomul uretral este alcătuit din proliferări glandulare cu epiteliu cubic sau cilindric, simplu sau papilar.

Evoluție : malignizare foarte rară.

XI. A. 1. b. – TUMORI PRIMITIVE BENIGNE CONJUNCTIVE

FIBROMUL : tumoră excepțională, manifestată clinic prin tulburări de micțiune. Macro și microscopic este asemenea fibroamelor din alte localizări.

LEIOMIOMUL : localizarea preferată a tumorii este :

- la bărbat : fossa naviculară și uretra posterioară
- la femeie : 1/2 posterioară a uretrei.

Microscopie : leiomul este format din țesut muscular neted și țesut fibros cu impregnări calcare și zone de necrobioză. *Hemangiomul* este o tumoră congenitală, mai frecventă la bărbat.

A. 2. a. – TUMORI PRIMITIVE MALIGNNE EPITELIALE

Tumorile epiteliale maligne ale uretrei sînt localizate, de obicei, în regiunea bulbo membranoasă și în uretra posterioară. Aceste tumori apar ca formațiuni papilare sau solide, pediculate sau sesile, moi, friabile, sîngerînde, ulcerate.

Microscopic pot prezenta următoarele aspecte :

- carcinom epidermoid (cu sau fără globi epidermici)
- carcinom papilar cu celule tranziționale (ca tumorile excreto-urinare)
- adenocarcinom (în forma pură sau asociat cu celelalte forme)
- carcinom nediferențiat.

Evoluție : prognostic sever, metastaze precoce.

A. 2. b. – TUMORI PRIMITIVE MALIGNNE CONJUNCTIVE

Tumorile conjunctive maligne ale uretrei sînt localizate, de obicei, la nivelul meatului extern al uretrei și se manifestă prin uretroragii și prezența tumorii, care este moale, infiltrativă, albicioasă, cu zone hemoragice.

Au fost întîlnite următoarele aspecte microscopice :

- fibrosarcom (primitiv sau prin degenerarea unui fibrom).
- sarcom rotundocelular (cu prognostic foarte grav).
- rabdomiosarcom (2 cazuri citate în literatură de Tainter și col. 1968).
- sarcom polimorf (greu de deosebit de un carcinom nediferențiat).
- mixosarcom (cu caracter recidivant rapid).
- carcinosarcom (denumit și tumoră mixtă, cu prognostic foarte grav).

O altă formă tumorală întîlnită uneori este melanoblastomul sau nevocarcinomul, localizat frecvent la meat, cu aspect brun roșiatic pe secțiune și cu malignitate pronunțată.



XI. B. — Tumorile uretrale secundare

Deosebit de rare, provin din organele vecine și, în mod excepțional, din organele de la distanță.

M. R. Tainter, E. Y. O'Sheughnessy, P. H. Larson, R. E. Ribbe : The Journ. of Urology, 99, 4, 455-457, 1968.

XI. C. — Pseudotumori uretrale

C. 1. — CHISTURILE URETRALE congenitale cîștigate

Aceste formațiuni pot fi localizate pe tot traiectul uretrei. Ele apar, *microscopic*, ca structuri chistice cu perete conjunctiv, subțire, căptușit cu un epiteliu cubic sau cilindric, uni sau pluristratificat.

C. 2. — CARUNCULUL URETRAL

Sinonime : angiom capilar, hemoroizi uretrali, granulom, adenom uretral.

Date clinice : carunculul uretral se manifestă clinic, mai ales, prin uretroragii și fenomene de retenție vezicală.

Macroscopie : formațiunea se localizează cu predilecție pe buza postero-internă a uretrei, prezintă un aspect polipoid, moale, este pediculată sau sesilă, unică sau multiplă, uneori exulcerată, uneori cu aspect telangiectazic sau de angiom cavernos.

Microscopie : carunculul uretral se poate prezenta sub diverse forme :

- papilomatoasă (cu ax conjunctivo-vascular acoperit de un epiteliu pavimentos cu leziuni de cheratoză și paracheratoză).
- angiomatoasă (cu vase ectaziate, axele sînt acoperite de un epiteliu epidermoid paracheratozic, eventual ulcerat).
- granulomatoasă (format din țesut de granulație).

Evoluție : formațiune pseudotumorală cu posibilități de degenerare neoplazică a tuturor structurilor.

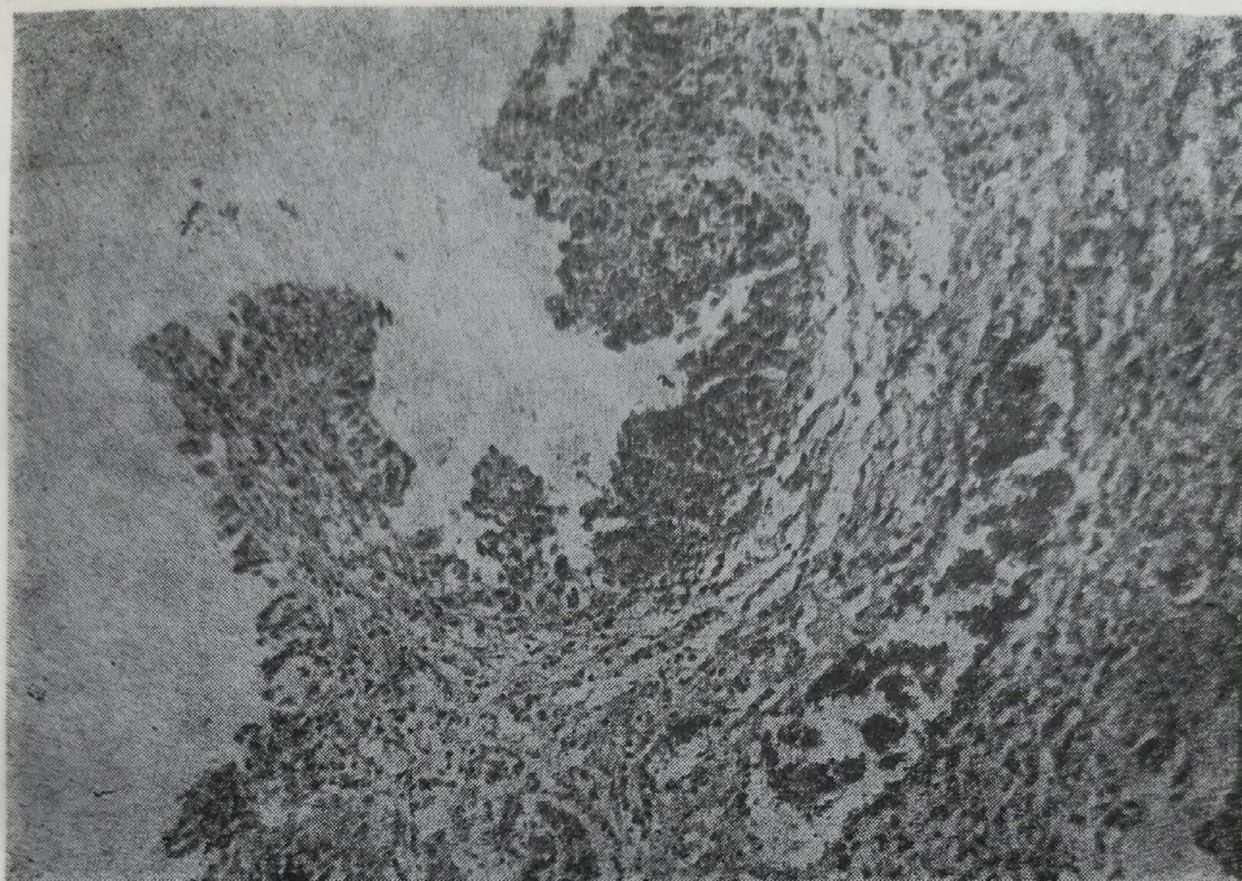
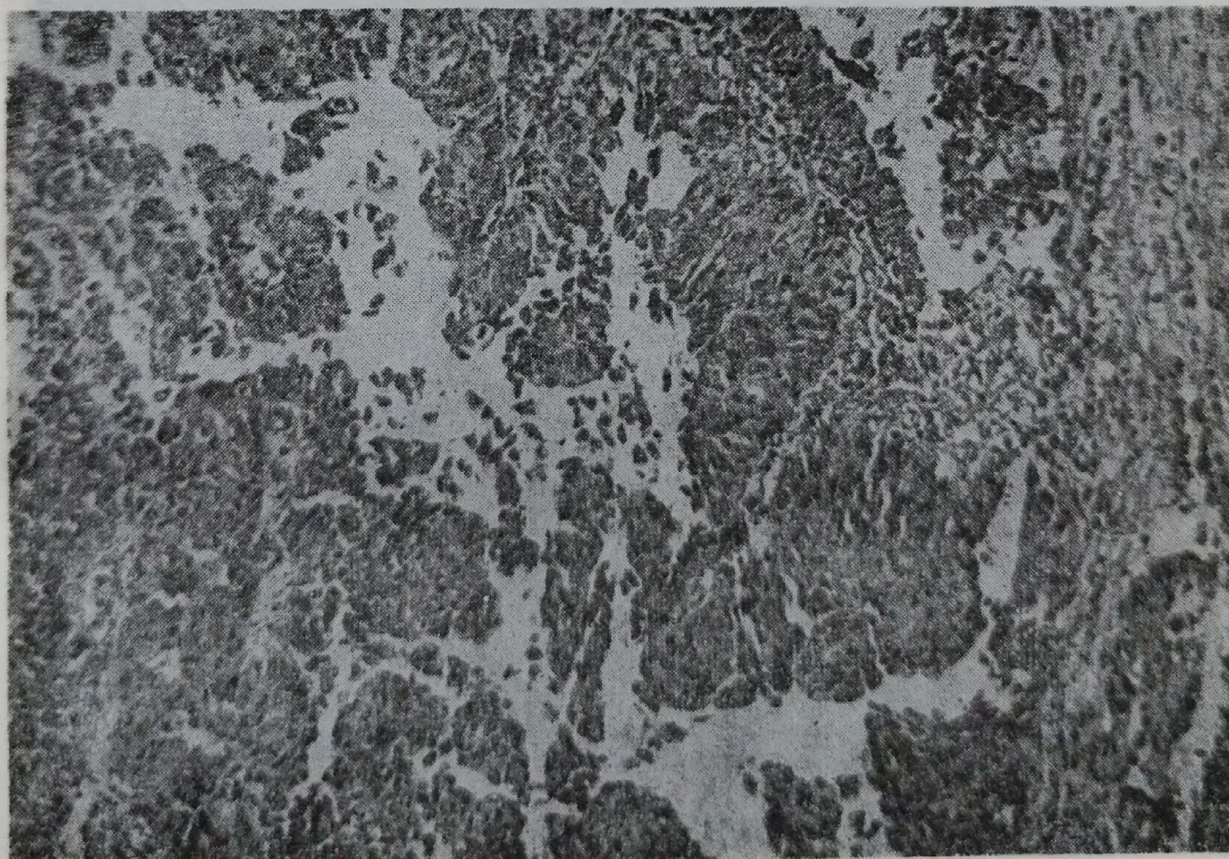


Fig. 86 - x 100, H. E. Bazinet - „carcinom in situ”

Fig. 87 - x 100, H. E. Bazinet - carcinom papilifer invaziv



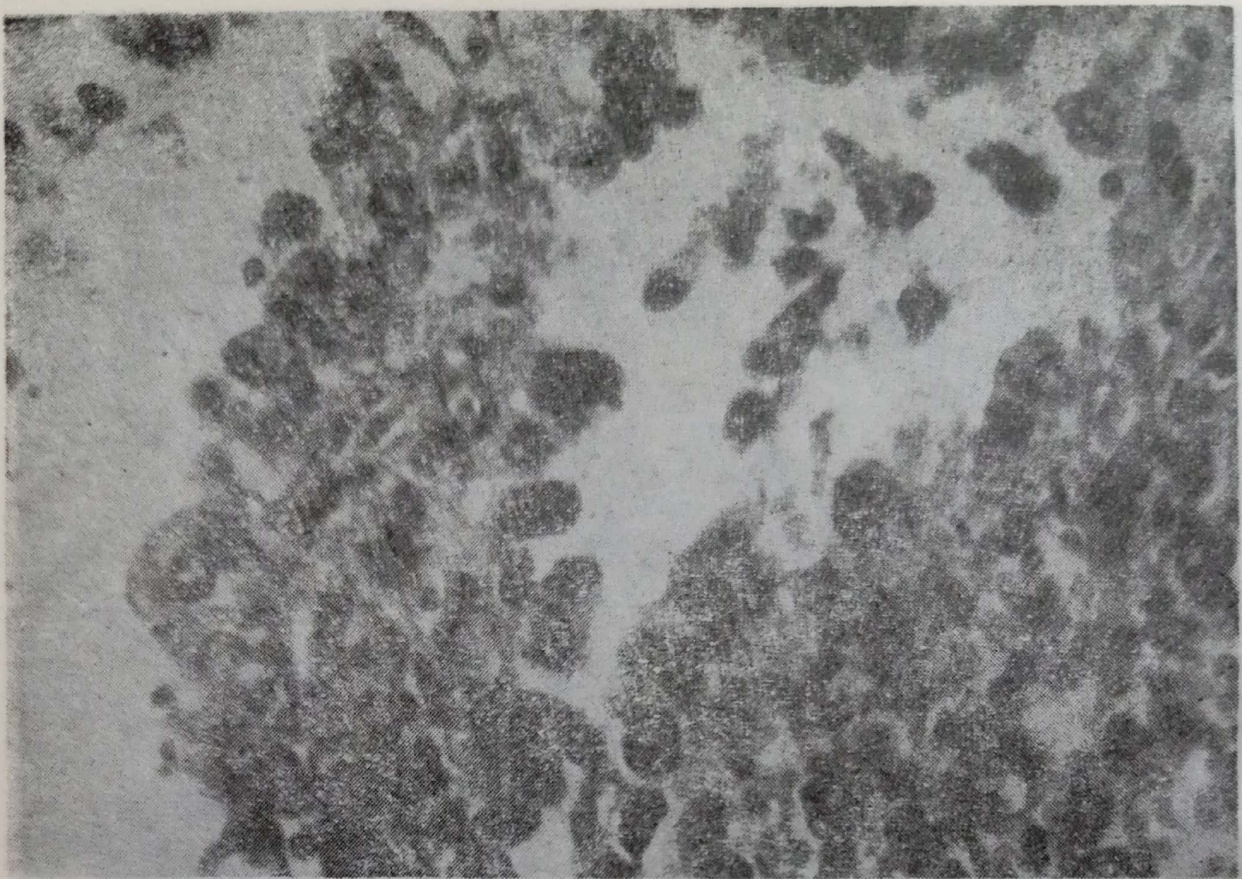
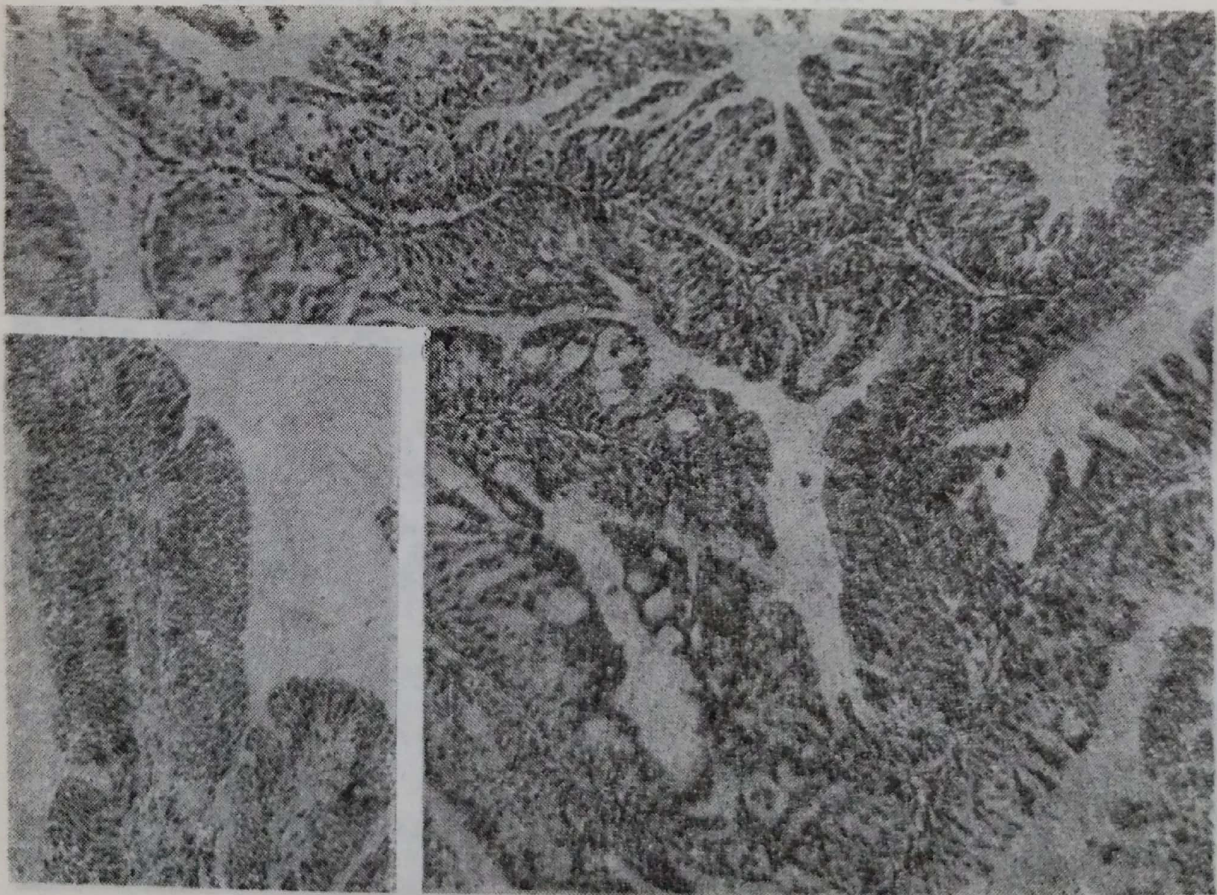


Fig. 88 – x 200, H. E. Carcinom papilifer invaziv (detaliu la figura 87)

Fig. 89 – x 100, H. E. Papilom simplu vezical



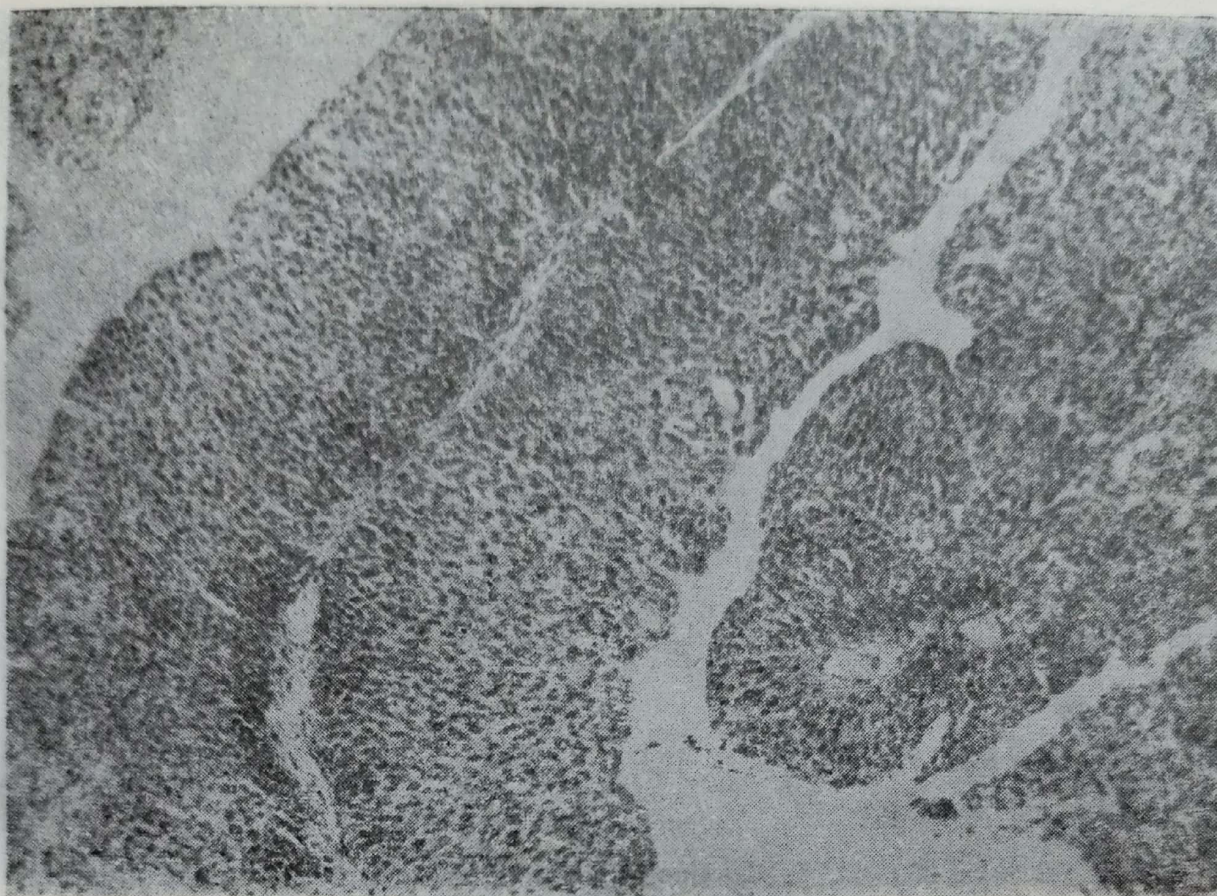


Fig. 90 – x 100, H. E. Papilom hiperplazic vezical

Fig. 91 – x 100, H. E. Carcinom „in situ” dezvoltat pe mucoasa vezicală pe fondul unei cistite polipoide

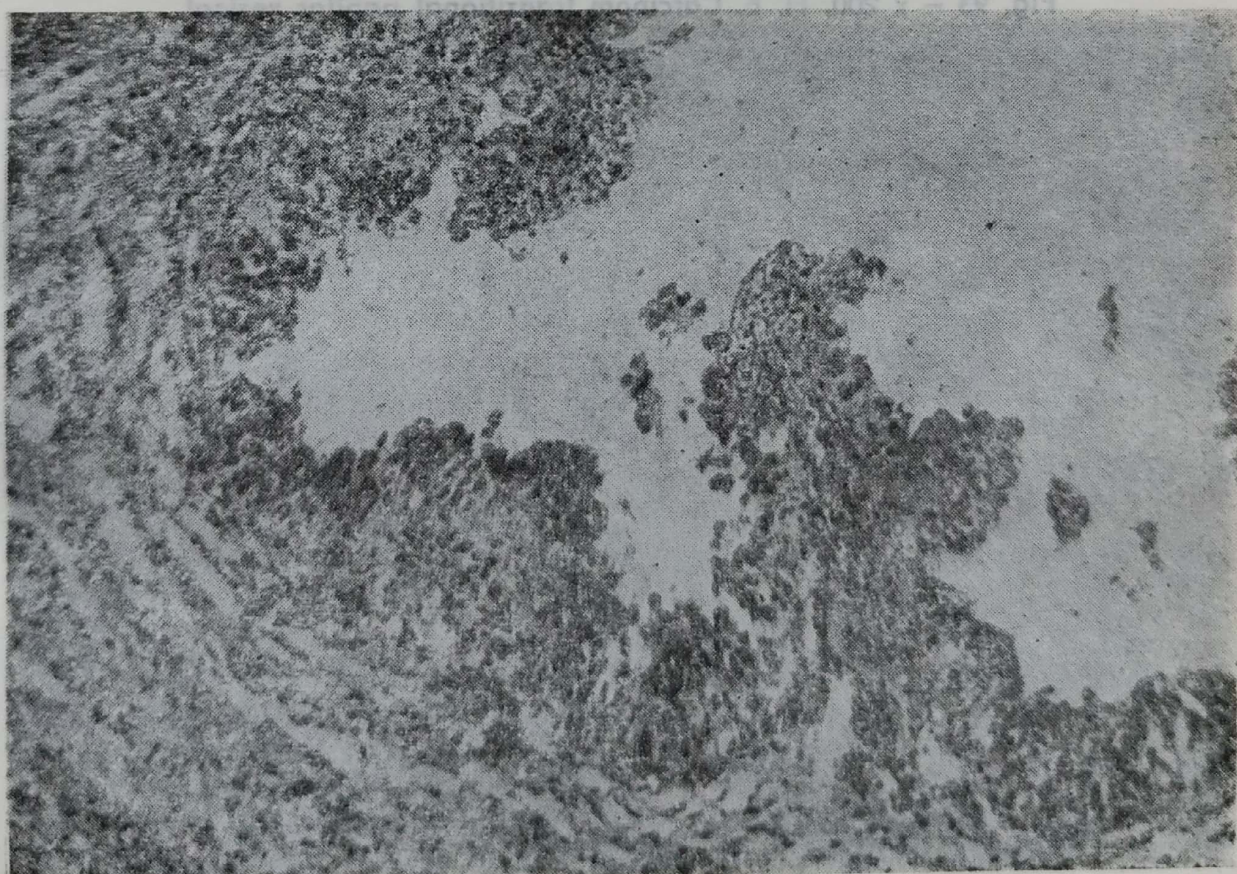




Fig. 92 — x 200, H. E. Carcinom „in situ” dezvoltat pe franjul unui papilom hiperplazic vezical

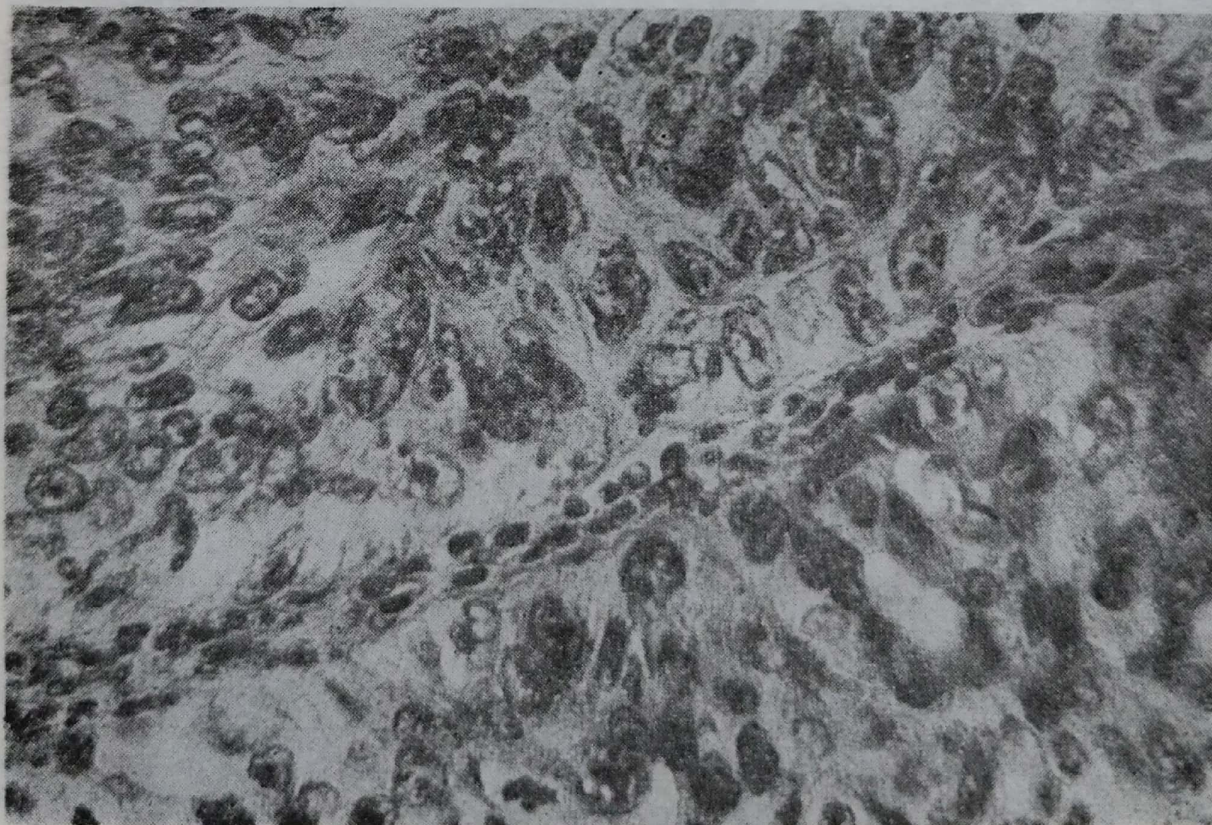


Fig. 93 — x 200, H. E. Carcinom tranzițional papilar vezical

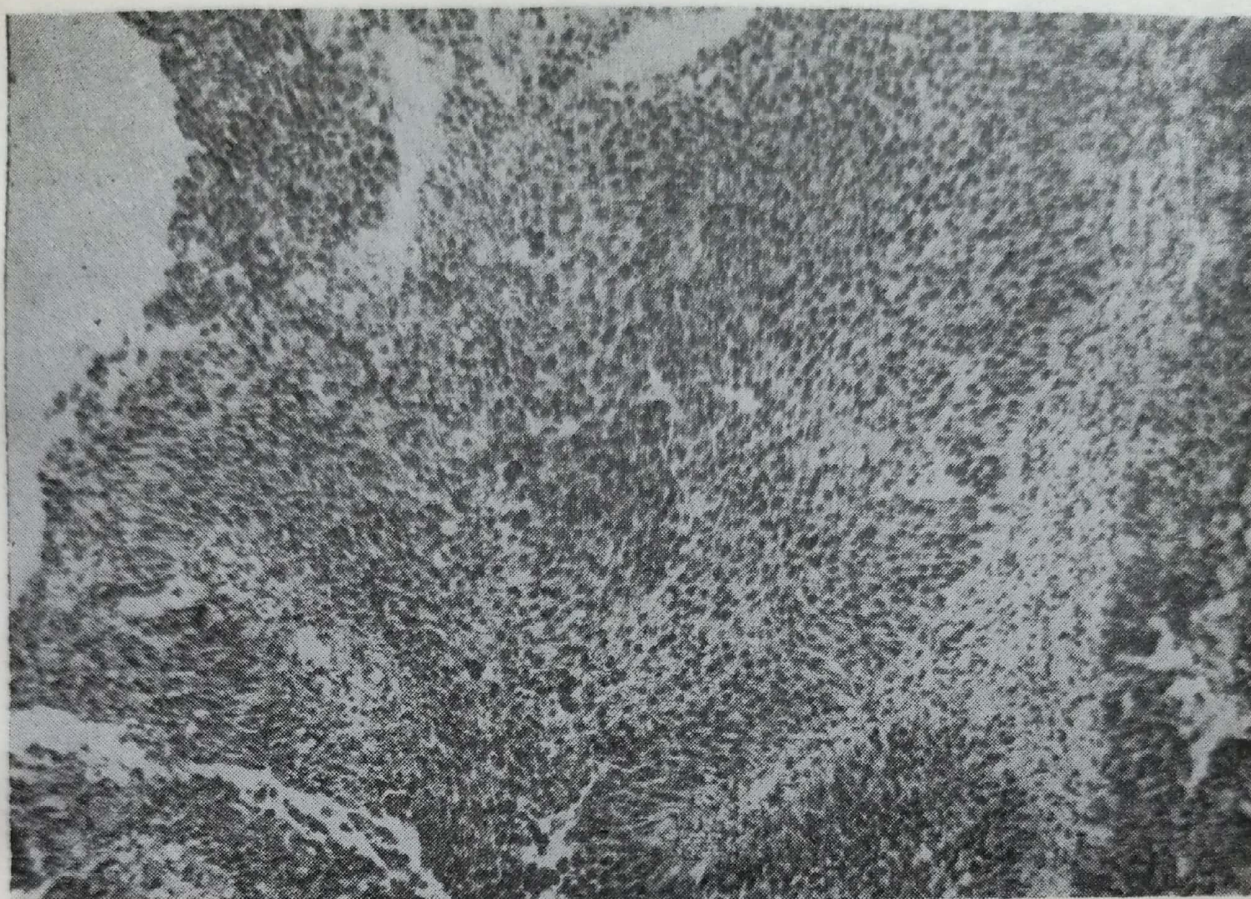
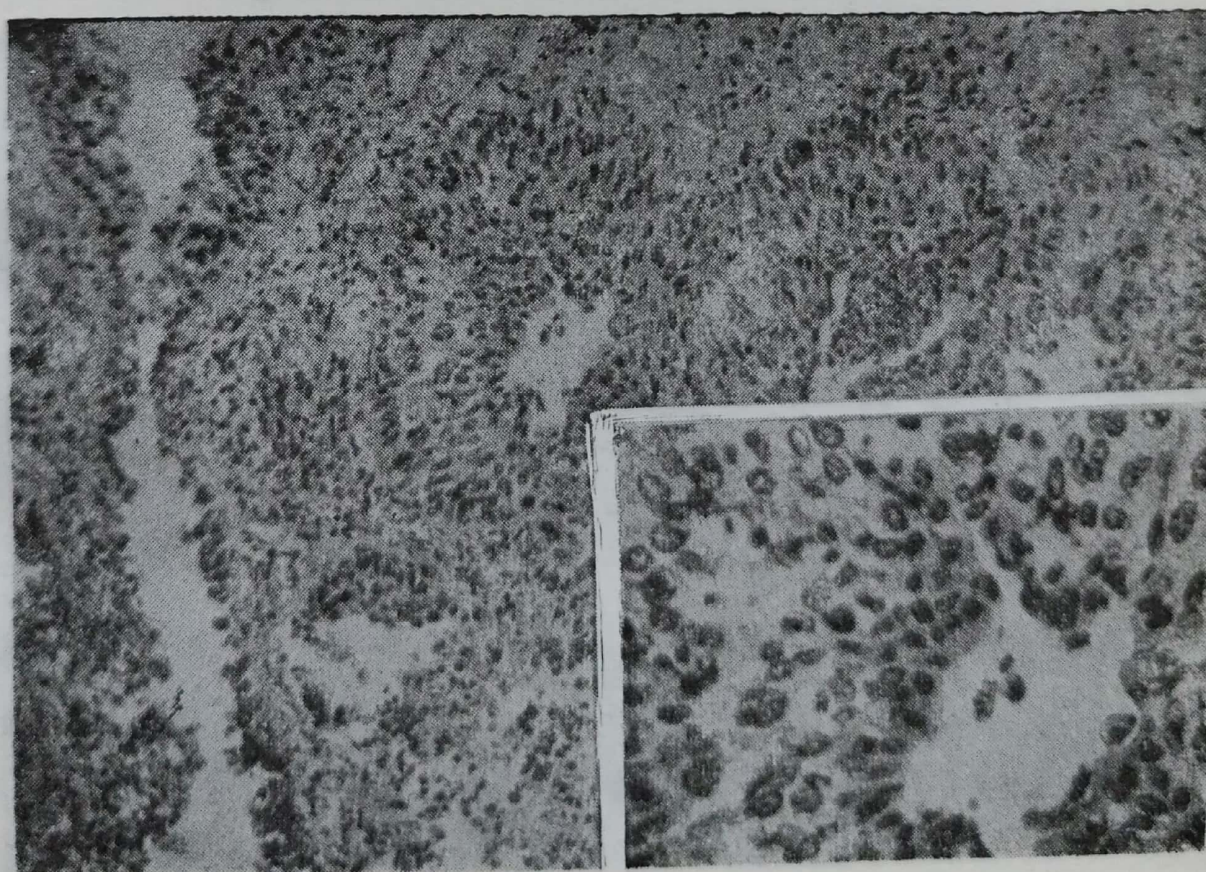


Fig. 94 - x 100, H. E. Carcinom tranzițional nepapilar

Fig. 95 - x 100, H. E. Carcinom tranzițional dezvoltat pe un cuib von Brunn



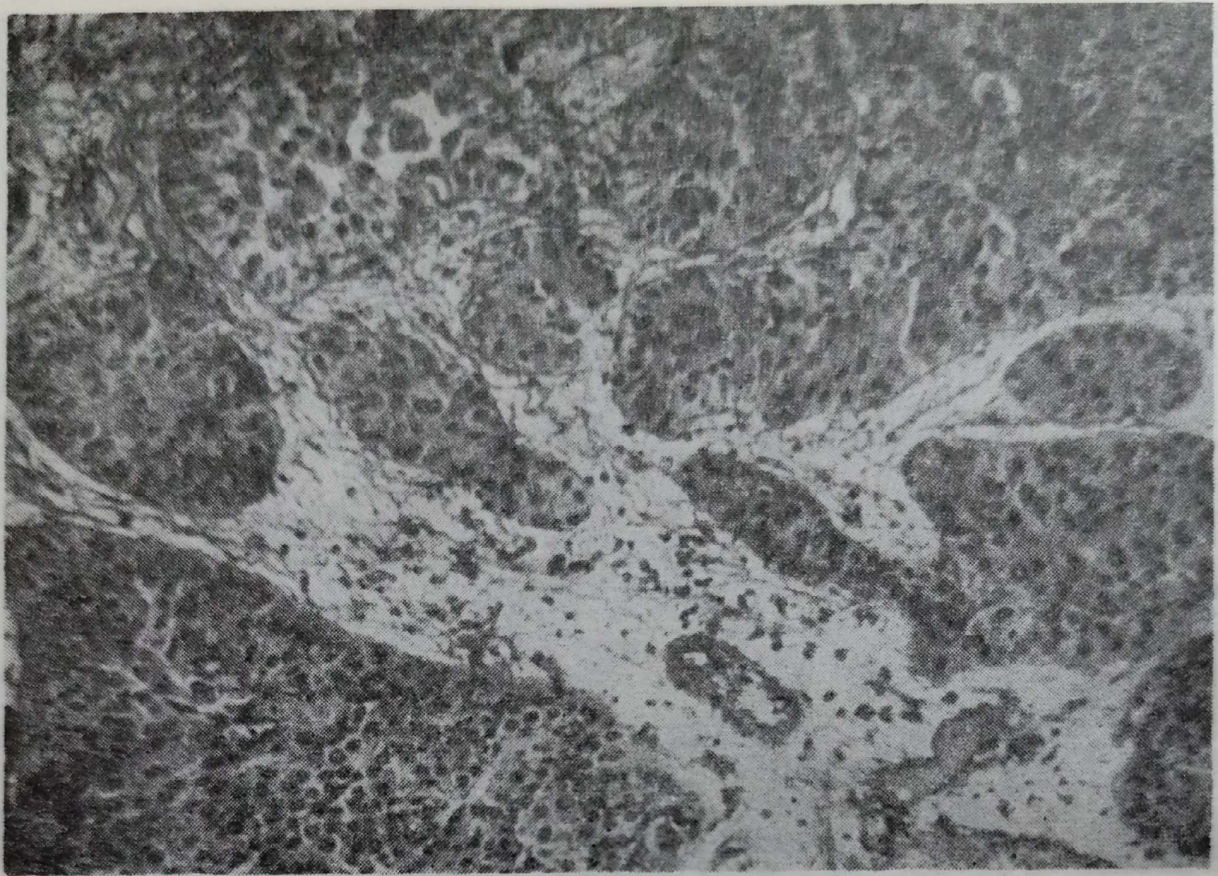
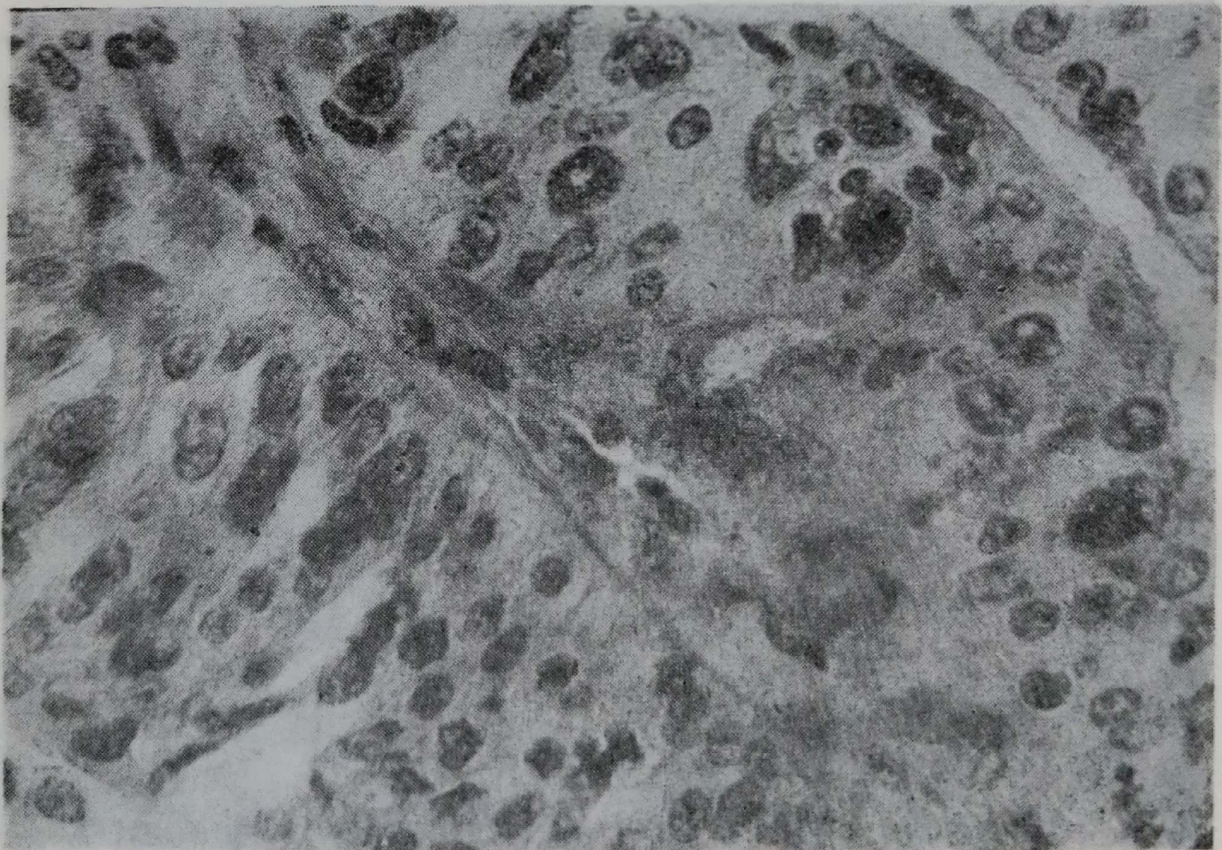


Fig. 96 – x 100, H. E. Carcinom tranzițional – invazie în peretele vezical

Fig. 97 – x 200, H. E. Carcinom tranzițional papilar – (ruperea membranei bazale)



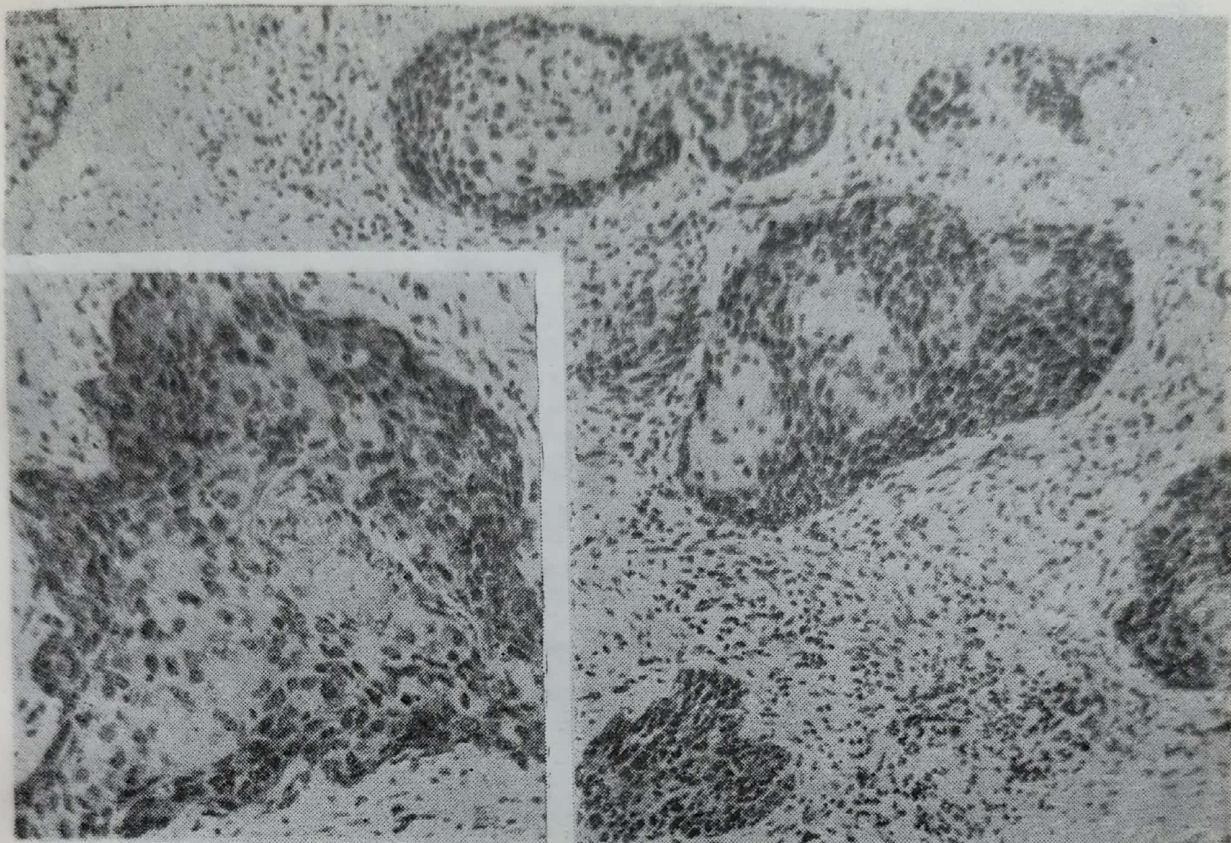
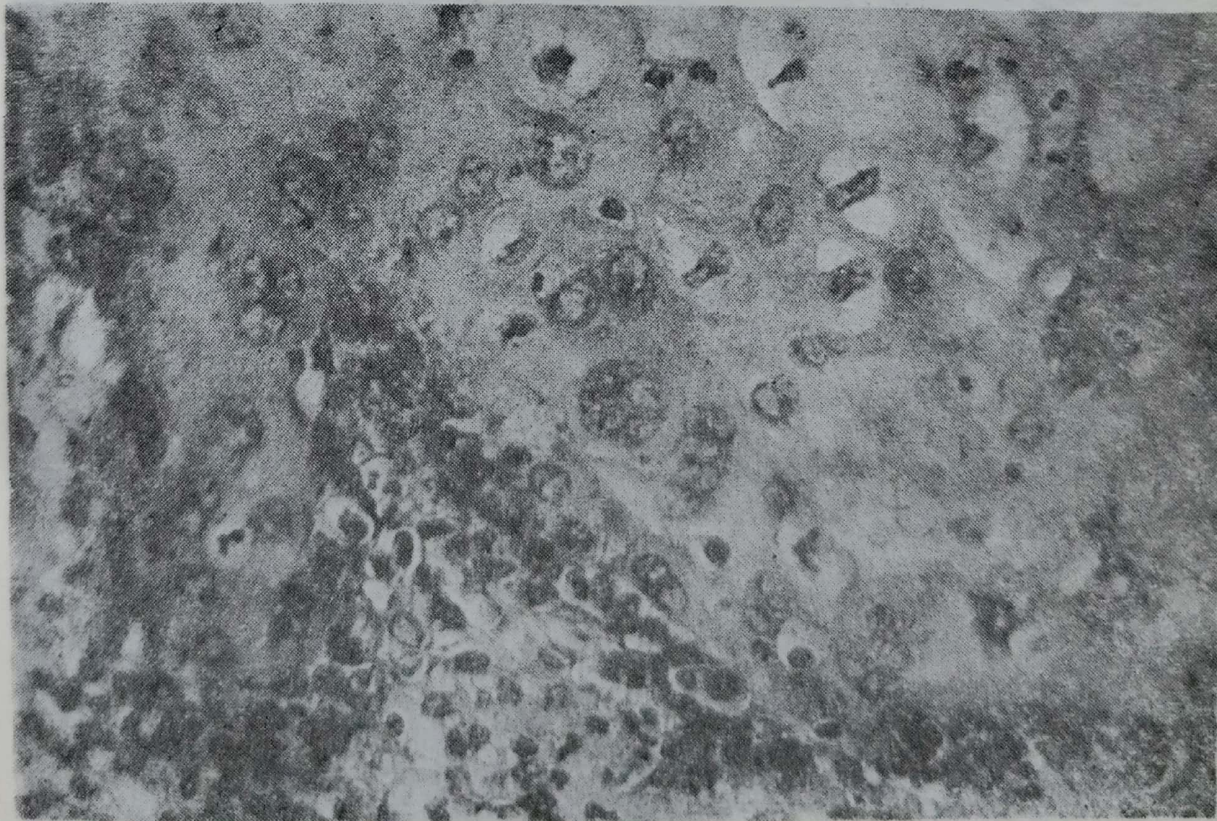


Fig. 98 — x 100, H. E. Carcinom epidermoid vezical

Fig. 99 — x 200, H. E. Carcinom epidermoid vezical



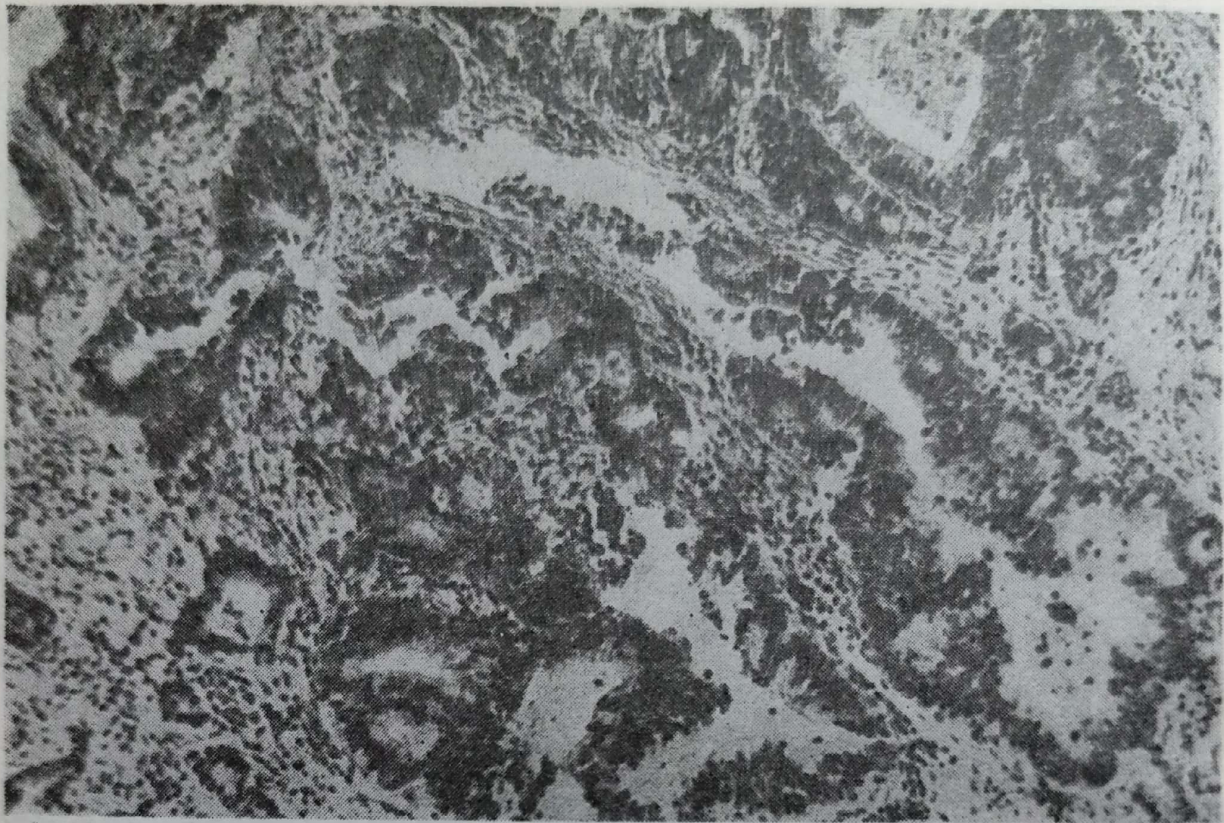
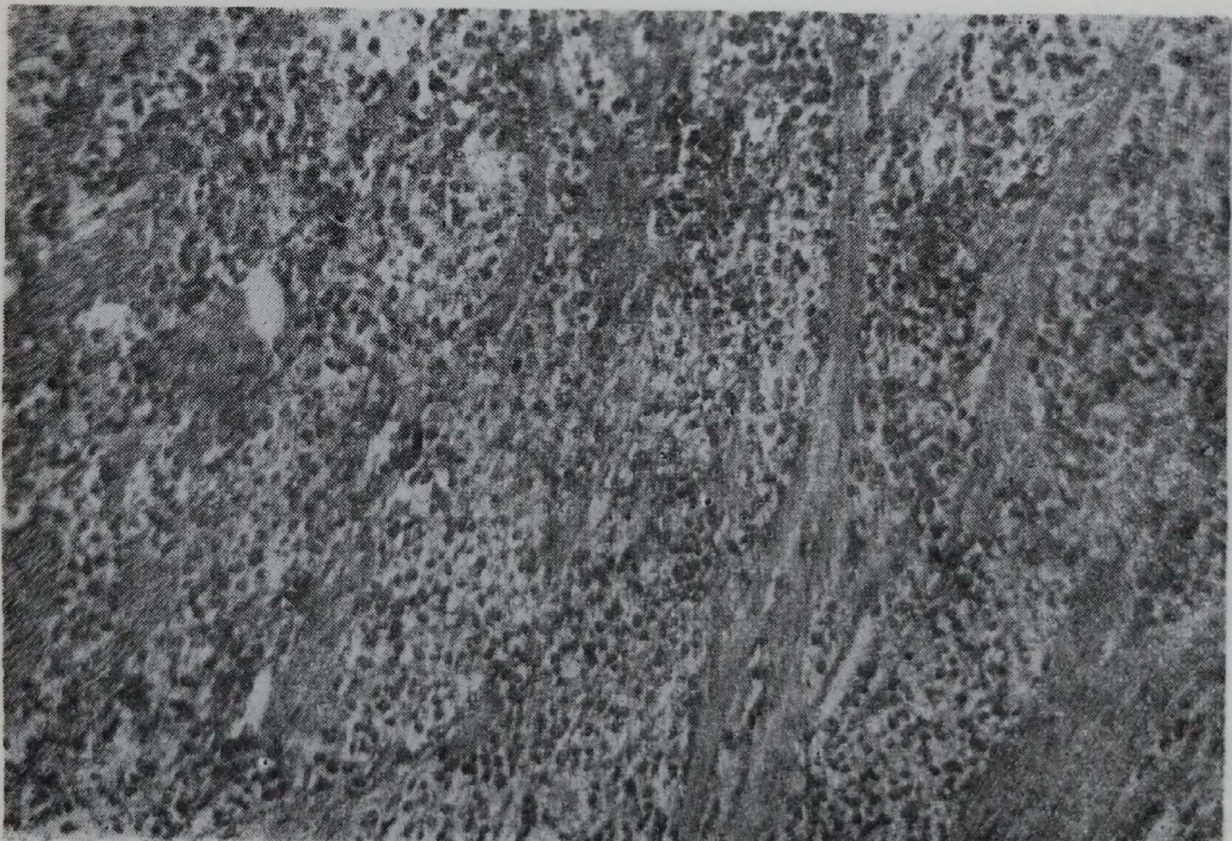


Fig. 100 – x 100, H. E. Adenocarcinom vezical

Fig. 101 – x 100, H. E. Carcinom anaplazic vezical



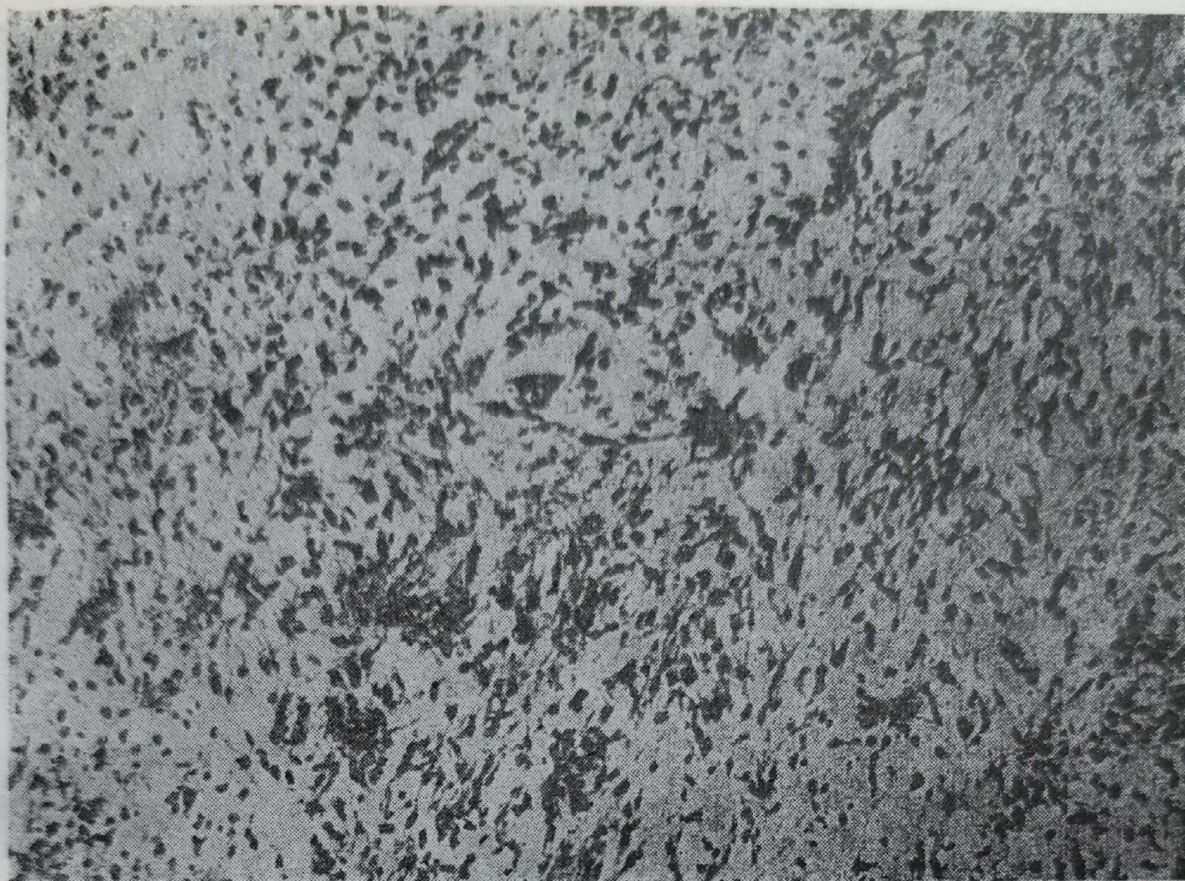


Fig. 102 — x 100, H. E. Mixosarcom vezical

Fig. 103 — x 200, H. E. Mioblastom vezical



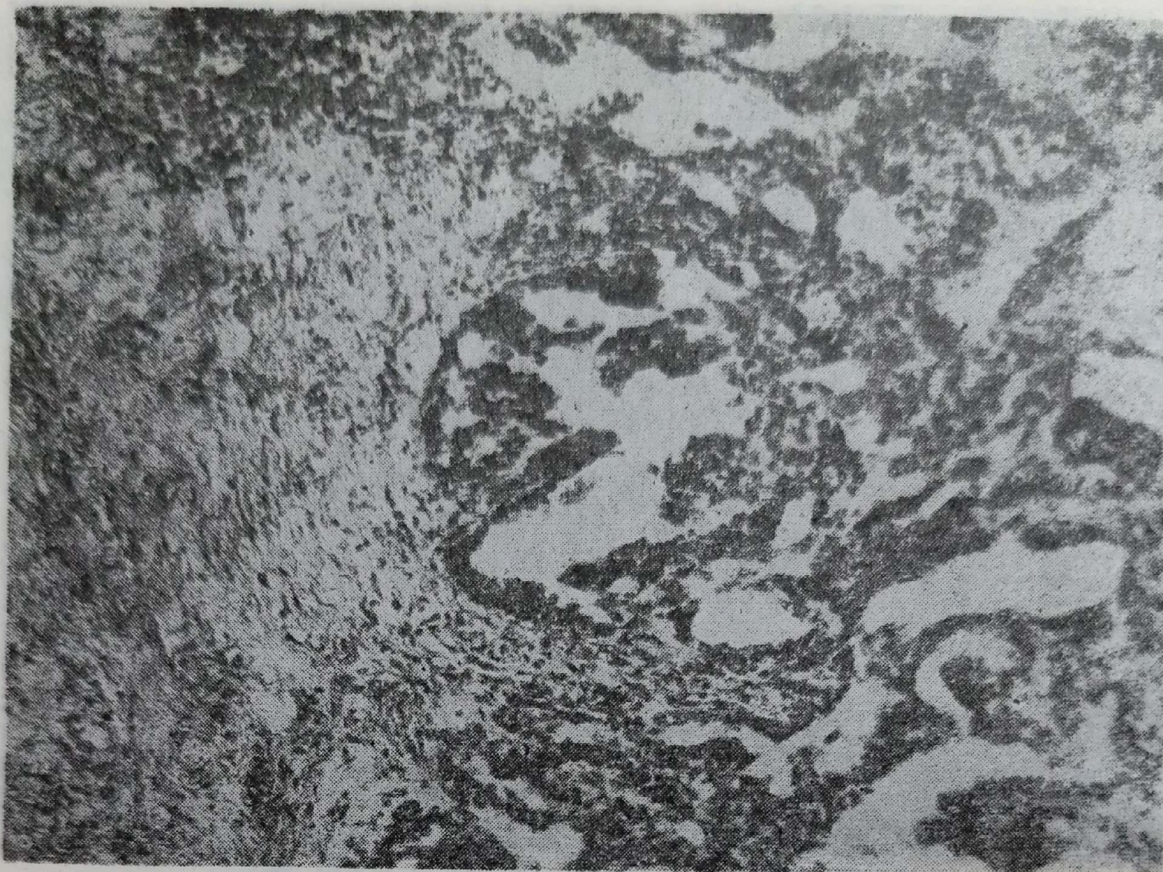
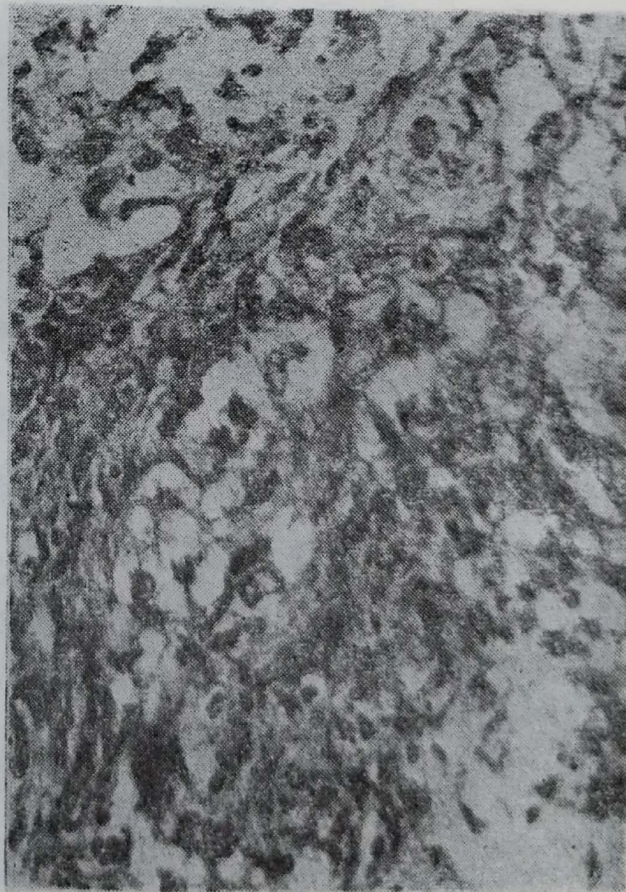


Fig. 104 – x 100, H. E. Adenocarcinom de urac

Fig. 105 – x 100, H. E. Fibro mixo sarcom de urac



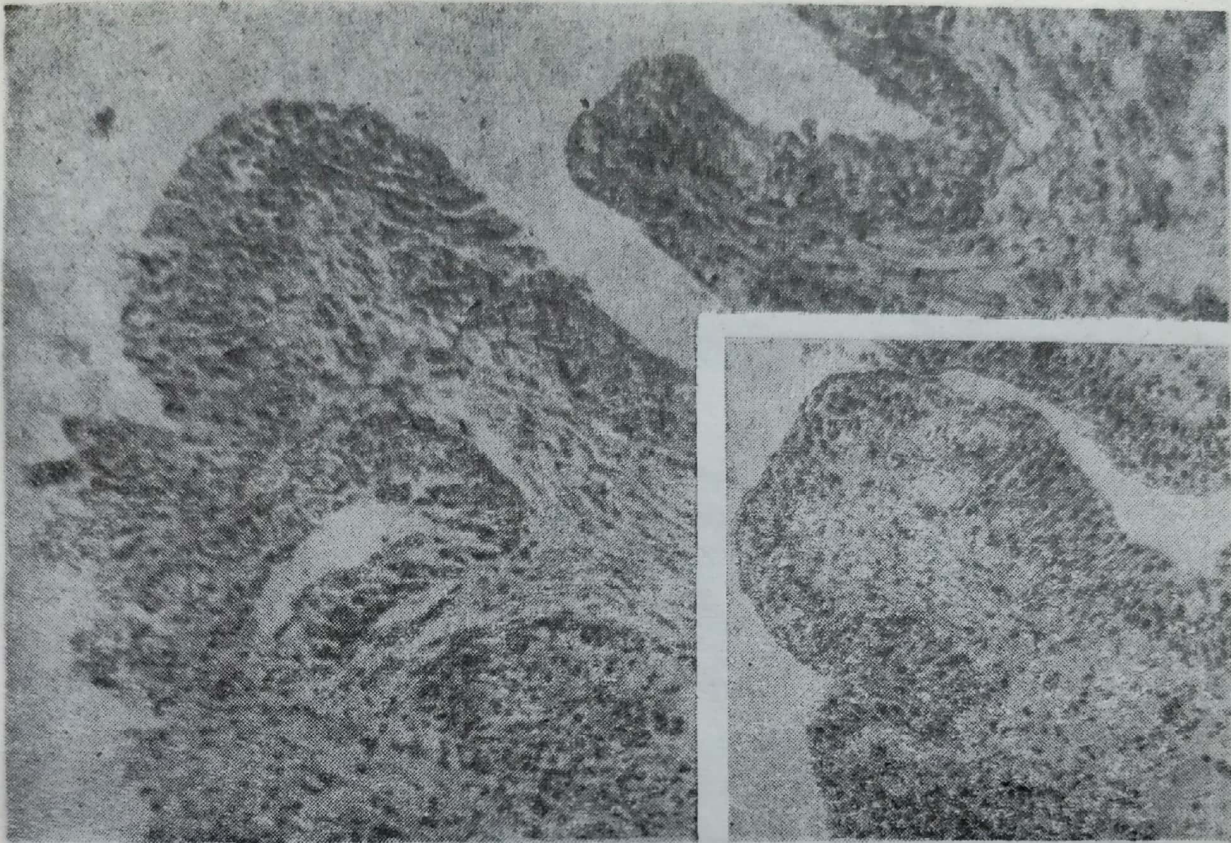
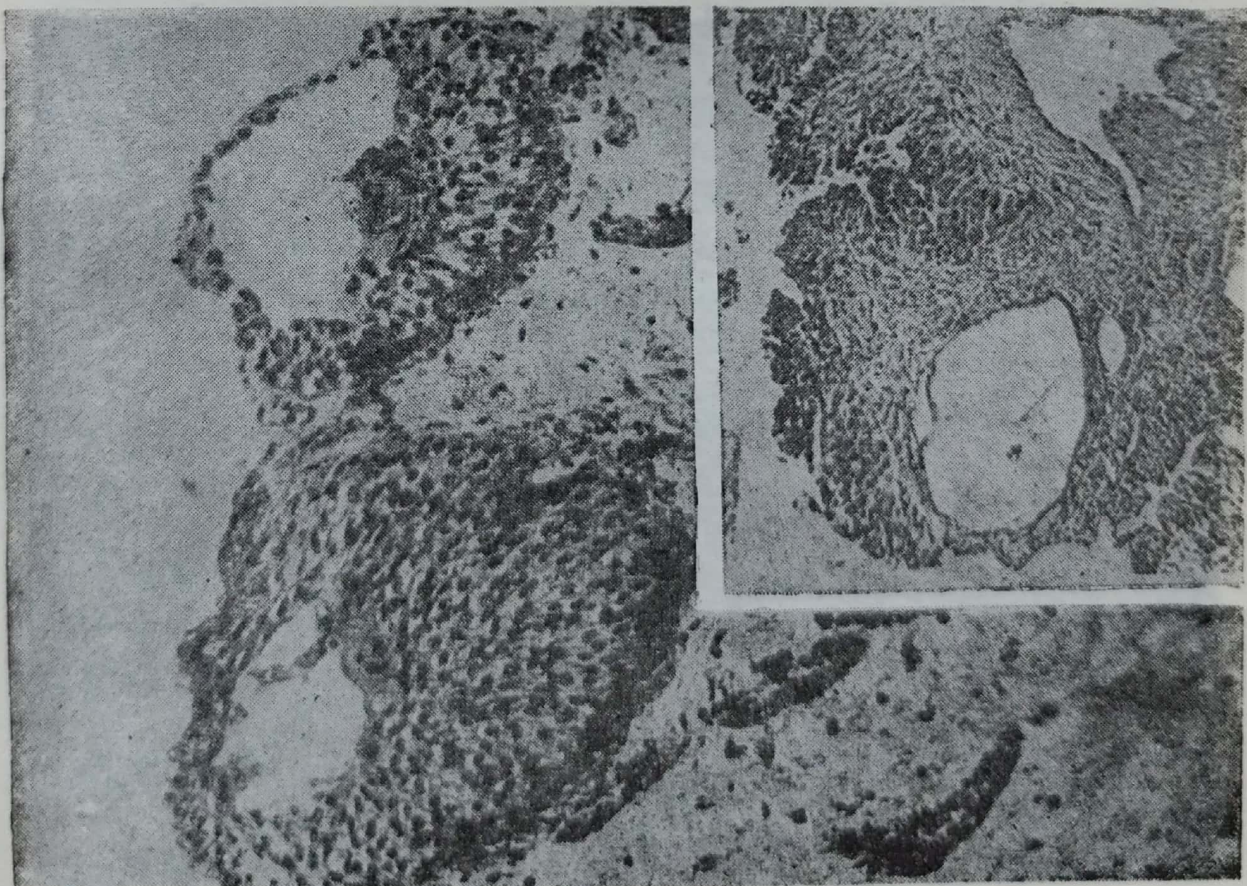


Fig. 106 – x 100, H. E. „Cistita” papilomatoasă

Fig. 107 – x 200, H. E. Cuiburi von Brunn chistice. Cistită chistică



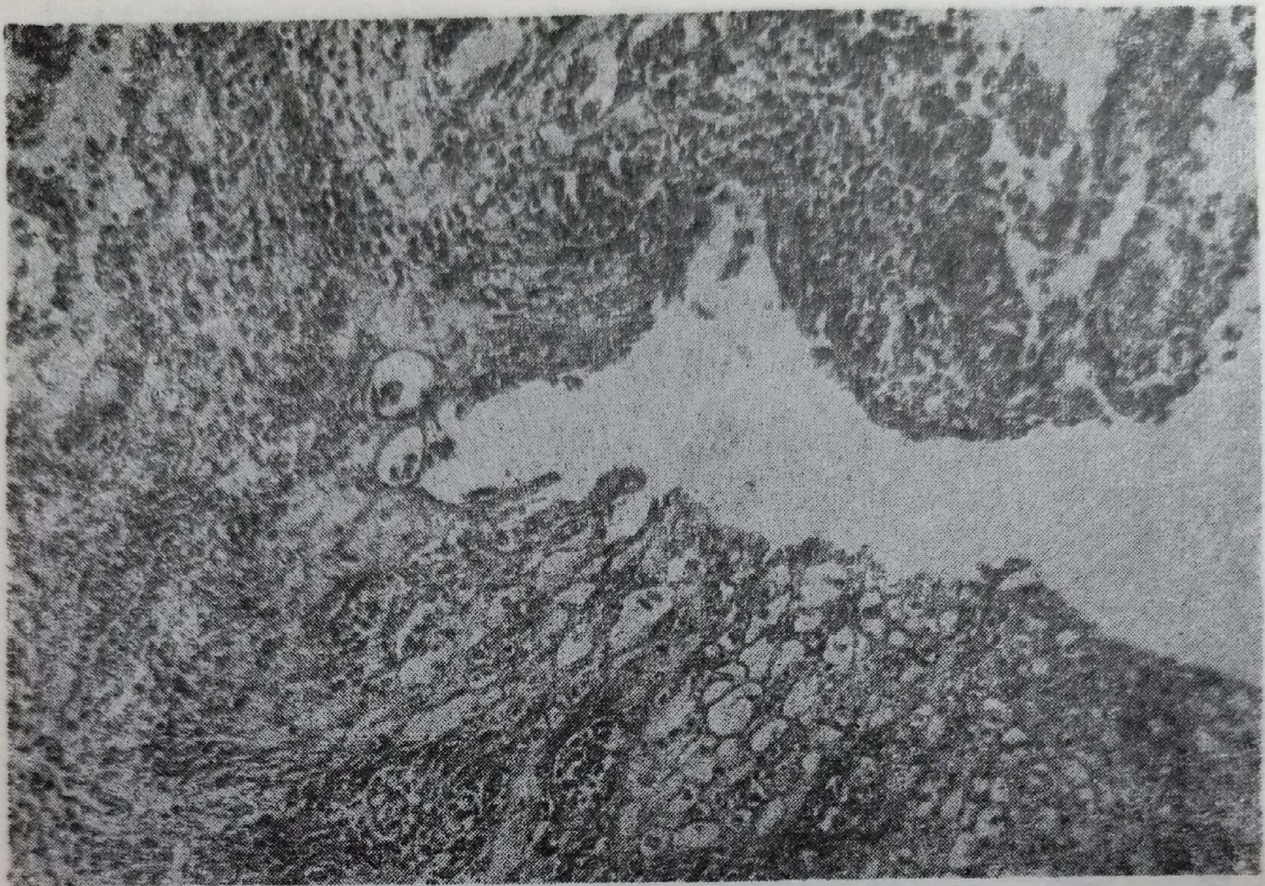


Fig. 108 – x 200, H. E. Metaplazia epidermoidă a uroteliului

Fig. 109 – x 200, H. E. Endometrioză vezicală



XII-XIII

TUMORILE APARATULUI CIRCULATOR

(cord, pericard, vase)

BÂRSU MARINA ȘTEFANA

XII. – CLASIFICAREA TUMORILOR CORDULUI ȘI PERICARDULUI

(Clasificare personală prin coordonarea clasificărilor existente)

A. – TUMORI PRIMITIVE

1. TUMORI BENIGNE

a. – Tumori comune celor trei constituenți ai cordului :

mixomul, fibromul, lipomul, fibromixomul, fibrolipomul, tumori vasculare (angiom capilar, angiom cavernos, hemangioendoteliom benign, limfangiom), hamartomul.

b. – Tumori specifice unui singur constituent al cordului :

1. – endocard – angioreticulomul

2. – miocard – rabdomiomul, mezoteliomul tawarian

3. – pericard – leiomiomul, fibroleiomiomul, neurofibromul, teratomul.

2. TUMORI MALIGNE

a. – Tumori comune celor trei constituenți ai cordului

sarcoame : s. vasculare (angiosarcoame) : hemangiopericitom malign,

(s) hemangioendoteliomul, s. (Kaposi), fibrosarcomul, mixofibrosarcomul, miosarcomul, mixoliposarcomul, leiomiomul.

b. – Tumori specifice unui singur constituent al cordului

1. – endocard – sarcoame vasculare

2. – miocard – rabdomiosarcom, limfom malign
3. – pericard – mezoteliom malign

B. – TUMORI SECUNDARE

la copil : cu punct de plecare limfom malign, tumora Wilms, neuroblastom, retinoblastom etc.

la adult : cu punct de plecare melanomul malign, carcinom bronșic, carcinom mamar, carcinom digestiv, limfom malign etc.

C. – PSEUDOTUMORI

XII. A. — Tumori cardiace primitive

A. 1. — Tumori benigne

A. 1. a. — TUMORI COMUNE CELOR TREI CONSTITUENȚI AI CORDULUI

MIXOMUL CORDULUI

Frecvență: mixomul reprezintă 35% din tumorile cardiace primitive (Schneegans și col., 1973).

Localizare și date clinice: tumora este mai frecventă la sexul feminin; ea se poate localiza intracavitar, intramural sau intrapericardic. Este întâlnită mai adesea în cordul stîng, la nivelul auriculii și al urechiușei. Localizările valvulare și ventriculare sînt rare, iar cele de la nivelul ventriculului drept sînt excepționale (12 cazuri publicate în literatură, Warembourg, 1971). Simptomele depind de dimensiunile tumorii, de localizare, de lungimea pediculului pentru cele endocavitare și de gradul de obstrucție pe care îl determină. Se notează aproape constant: febră, anemie, V.S.H. crescut și, în 45% din cazuri, complicații embolice.

Macroscopie: în mod obișnuit, tumora apare sub forma unui polip inserat printr-un pedicul scurt în localizările amintite și, în plus, pe septul interatrial, în zona inferioară a circumferinței fossei ovale. Suprafața tumorii este netedă sau cribriformă, mai rar papilară sau viloasă ori nodulară; consistența sa este redusă și aspectul este translucid. Pe suprafața de secțiune, tumora are aspect gelatinos, omogen, uneori fibros, cu zone hemoragice, cavități pseudo-chistice și calcificări; ea poate fi sediul de inserție a trombilor.

Microscopie: ca și în alte localizări, mixomul cordului este constituit din celule mici, rotunde, fuziforme sau stelate, unite prin prelungiri fine. Celulele sînt situate într-o substanță fundamentală mucoidă, bogată în acid hialuronic, traversată de o rețea laxă de fibre de reticulină și collagen (evidențiate prin colorațiile Van Gieson și impregnări argentice). Aceste fibre sînt mai condensate în jurul vaselor unde substanța funda-

mentală devine metacromatică la colorația cu albastru de toluidină. În această masă fundamentală se pot găsi mici infiltrate inflamatorii, microcalcificări și chiar osificări metaplastice. *Diagnosticul diferențial* se face cu trombii pediculați organizați și cu endocardita vegetantă marastică Lambi (pseudo-tumori cu localizare valvulară sau pe endocard, uneori atinând dimensiuni importante); *microscopic*, toate aceste formațiuni au structură fibrino-leucocito-plachetară.

Evoluție: tumora se poate trata chirurgical; ea poate recidiva după reacții incomplete.

E. Schneegans, J. Lévy-Silagy, C. Zimmermann, R. Kohn, M. Nessmann, G. Stampfer — Sem. Hôp., 1973, 44, 11, 2893.

H. Warembourg, G. Ducloux, M. Pauchant, H. Delbecque, A. Carrei, P. Dubar — Arch. Mal. Coeur, 1971, 11, 1557.

FIBROMUL CORDULUI

Frecvență: tumoră rară.

Localizare și date clinice: tumora, uneori congenitală, este descoperită la vârste tinere, în aceeași măsură la ambele sexe. Localizarea electivă este în grosimea miocardului (35% în sept, 10% în ventricolul drept, 55% în ventricolul stâng: 45% în peretele anterolateral și 10% în peretele posterior) (Fonchard, 1972).

Macroscopie: fibromul cordului apare sub forma unor mase nodulare sferice sau lobate, fibroase, de consistență fermă, net circumscrise, neîncapsulate, înconjurate de țesut miocardic. Dimensiunile tumorii sînt variate (între 1—8 cm.); ea predomină uneori în cavitatea ventriculară sub formă de polip.

Microscopie: aspectele microscopice sînt întru totul asemănătoare celulelor din alte localizări.

Evoluție: tumora beneficiază de tratament chirurgical, dacă localizarea și dimensiunile o permit. Nu recidivează după exereză. Se citează un caz de transformare sarcomatoasă (Crăciun și col., 1959).

J. Fouchard, A. Cabrol, G. Chomette, C. Pauly-Lauby, J. L. Tricot, J. Le Calvez, H. Beneton, M. Degeorges — Arch. Mal. Coeur, 1972, 11, 1321.

LIPOMUL CORDULUI

Frecvență : tumoră excepțională.

Localizare și date clinice : localizarea de predilecție a lipomului cardiac este epicardul și, uneori, zona subendocardică. Poate apărea la orice vîrstă, dar este mai adesea întîlnit la vîrsta tină; se citează cazul unui copil de 7 luni cu un lipom de cord (Petrocchi, cit. E. Crăciun).

Macroscopie : tumora se poate prezenta sub formă nodulară (intramurală), sub formă de polipi sesili, uneori multipli sau ca infiltrații masive, relativ delimitate, confundate uneori cu încărcarea grasă a cordului. Pe secțiune, lipomul este alb-gălbui, cu insule de vezicule adipoase, separate prin travee conjunctivo-vasculare.

Microscopie : structura histologică este asemănătoare cu cea din alte localizări. De obicei, este asociat cu un fibrolipom (Aube, 1973).

Evoluție : prognosticul este în funcție de localizare și dimensiune. Se citează transformarea malignă a tumorii, în liposarcom sau lipofibrosarcom (Crăciun și col., 1959).

D. T. Aube, G. Fine – Amer, Heart, J., 1973, 86, 2, 227.

FIBROMIXOMUL ȘI FIBROLIPOMUL CORDULUI

Sînt tumori excepționale mai mult cu caracter de tumori asociate.

TUMORILE VASCULARE ALE CORDULUI

Frecvență : tumori rarisime, descoperite de obicei la necropsie (Warembourg, 1971).

Localizare și date clinice : prezența tumorii a fost semnalată, în egală măsură, pe urechiușe, ventriculi, aparat valvular, cordaje, miocard și pericard. Localizarea cardiacă poate fi izolată sau concomitentă cu alte localizări în organism, în cadrul angiomatozelor.

Cele mai comune simptome clinice, în funcție de localizare, sînt: tulburări de conducere, hemopericard cu tulburări de compresune, tablou de infarct.

Macroscopie: tumora apare, de obicei, sub forma unui sau mai multor polipi albaștrui, cu diametrul redus (între 2 mm—2 cm) și, mai rar, sub formă de infiltrație difuză, puțin delimitată.

Microscopie: tumorile vasculare ale cordului pot prezenta următoarele tablouri microscopice: angiom capilar, angiom cavernos (aproximativ 20 de cazuri publicate în literatură), hemangioendoteliom benign, hemolinfangiom (tumoră cu totul excepțională). În aceeași categorie se încadrează și o formă de limfangiom benign, denumit și coeloteliom, tumoră extrem de rară (cîteva cazuri descrise în literatură) (Crăciun și col., 1959), localizată cu predilecție la nivelul nodului Tawara, a cărei histogeneză oscilează între teoriile care susțin originea limfatică și cele care o susțin pe cea embrionară.

Aspectele microscopice ale acestei forme tumorale se suprapun cu descrierea histologică a mezoteliomului tawarian (Payan, 1973).

Evoluție: prognostic rezervat (pentru toate formele de tumori vasculare), în funcție de localizare, întinderea sau lezarea pereților vasculari.

H. Warembourg, C. Niguet, M. Ribet, J. Lekieffre, C. Thery, J. M. Paillon, B. Goselin, J. J. Ketelers — Presse Med., 1971, 79, 46, 2073.

HAMARTOAMELE CORDULUI

Frecvență: tumori excepționale, de origine disembrioplazică, prezente uneori în cursul unei scleroze tuberoase.

Localizare și date clinice: hamartomul este localizat, de obicei, subepicardic, dar tumora poate fi întâlnită și intramural, subendocardic, la nivelul urechiușei drepte sau a sistemului vector.

Macroscopie: tumora are aspect neomogen, solid sau/și chistic.

Microscopie: hamartomul este alcătuit din constituenți tisulari cardiaci obișnuiți și anume: țesut adipos, vascular, fibro-

elastic, sau/și din componenții neobișnuiți pentru cord, cum sînt: cartilaj, țesut glandular etc., componenți care le conferă titlul de teratoame.

Evoluție: benignă, sub rezerva incidentelor și accidentelor localizării cardiace.

A. 1. b. – Tumori specifice unui singur constituent al cordului

A. 1. b. 1. – TUMORI ENDOCARDICE

Angioreticulomul endocardului

Frecvență: tumoră excepțională, descrisă, pentru prima dată la nivelul cordului, de către Nicod (cit. Crăciun, 1959).

Macroscopie: tumora apare, de obicei, sub aspectul unor polipi intracavitari, de dimensiuni diferite.

Microscopie: proliferare neoplazică, cu caracter angiomatos, completat cu proliferarea celulelor reticulare, cu diverse grade de fibroză sau edem.

Evoluție: prognostic rezervat, datorită accidentelor mecanice (embolii, obliterări cavitare și orificiale), pe care tumora le poate provoca, precum și datorită posibilității de transformare malignă a tumorii.

A. 1. b. 2. – TUMORI BENIGNE MIOCARDICE

Rabdomiomul cordului

Frecvență: reprezintă 19% din tumorile cardiace primitive; sînt aproximativ 140 de observații raportate în literatură.

Localizare și date clinice: în 80% din cazuri, tumora este semnalată înaintea vârstei de 5 ani și este, de obicei, asociată cu scleroza tuberoasă Bourneville. Localizarea de predilecție este în septul interventricular, mai rar în miocardul ventricolului stîng, foarte rar în urechiușe.

Macroscopie: tumora este reprezentată prin noduli, rar unici, mai adesea multipli, bine delimitați, înconjurați de țesut miocardic sănătos, localizați net intramural sau predominînd sub-endocardic. Mult mai rar, tumora prezintă caracter infiltrativ parietal.

Microscopie: rabdomiomul cordului este alcătuit din travee musculare anastomozate, unele sub formă columnară, parcur-

se de fibrile paralele striate, altele voluminoase, globuloase, cu citoplasma granulară, străbătute de fibrile striate, cu orientare diversă. În sarcoplasma acestor celule se pot găsi vacuole mari în care, la colorații speciale, se evidențiază prezența în cantitate mare a glicogenului și a unui mucopolizaharid particular, solubil în apă și insolubil în alcool. Nucleii, așezați central, sînt tracționați către periferia celulelor, realizînd aspectul de paianjen (cellules araignées). Unii autori (Roth, 1952) consideră că rabdomiomul cordului ar fi apropiat histogenetic de mioblastomul granulo-celular al miocardului.

Evoluție: tumoră benignă, cu rezerva accidentelor și complicațiilor datorate localizării.

D. Roth, M. D. Spain – Cancer, 1952, 5, 302.

Mezoteliomul tawarian

Origine: tumoră provine din elemente pericardice, incluse în miocard, în cursul dezvoltării cordului (Payan, 1973).

Macroscopie: mezoteliomul tawarian apare sub forma unor noduli gălbui de mici dimensiuni, situați la nivelul nodului Tawara; uneori, aceștia nu pot fi evidențiați decît prin secțiuni seriate ale țesutului cardio-vector.

Microscopie: neoformațiunea este constituită din fante, mărginite de celule turtite, endoteliforme (tipul pseudo-limfangiom), cubice sau metaplastic malpighiene, înconjurate de o rețea densă de reticulină și o tramă conjunctivă cu rare fibre elastice, mastocite și mici depuneri de Ca. Celulele sau lumenle tubulare pot conține polizaharide, evidențiabile prin colorații speciale (Schiff, albastru alcian ph. 2,5 și fier coloidal ph. 1,5). *Diagnosticul diferențial* se face cu adenocarcinomul metastatic.

Evoluție: tumoră benignă, sub rezerva incidentelor date de localizare.

H. Payan, L. Garbe, G. Lebreuil – Ann. Chir. Thorac, cardio-vasc., 1973, 12, 227.

A. 1. b. 3. – TUMORI BENIGNE PERICARDICE

Leiomiomul pericardic

Frecvență : tumoră excepțională.

Localizare : neoformațiunea este situată, de obicei, subepicardic, la nivelul bazei cordului și a sinusului coronar.

Macroscopie : formațiunea tumorală poate avea dimensiuni variabile, poate fi sesilă sau pediculată, este fermă, încapsulată, cu suprafața de secțiune roz-palidă, omogenă sau cu benzi fibroase și, eventual, cu infiltrate hemoragice.

Macroscopie : tumora este constituită din proliferarea țesutului muscular neted. *Diagnosticul diferențial*, cel mai apropiat, este cu fibromul (la colorația tricromică cu albastru de anilină fibrele musculare se colorează în roșu, iar fibrele de collagen în bleu; la tehnicile cu verde de lumină, componenta musculară apare în roșu-cărămiziu, iar collagenul verde).

Evoluție : tumoră benignă, sub rezerva localizării.

Fibro-leio-miomul pericardic

Frecvență : tumoră rară.

Macroscopie : tumoră cu aspecte similare leiomiomului pericardic.

Microscopie : neoformațiunea este alcătuită dintr-o proliferare concomitentă de țesut conjunctiv și muscular neted. Colorații speciale (Van Gieson și tricrom Masson) precizează componenta histologică.

Evoluție : tumoră benignă sub rezerva localizării.

Neurofibromul pericardic

Tumora este excepțională la acest nivel, prezentă exclusiv pericardic sau însoțită de alte localizări viscerale (Ralis, 1972).

Macro și microscopia este comună altor localizări.

Teratomul pericardului. În forma primitivă este o tumoară excepțională (22 de cazuri adunate de Dabbs și col., 1957). În mod obișnuit, tumora este secundară, provenită, cel mai adesea, din mediastin. Neoformațiunea poate fi unică sau multiplă, de dimensiuni diferite, fără preferință pentru sex sau vîrstă.

Teratomul pericardului este o tumoră congenitală și poate suferi transformarea malignă a unora dintre componentii săi.

H. Dabbs, R. Berg, E. Pierce — Thorac. Surg., 1957, 34.

XII. A. 2. — Tumori maligne primitive

A. 2. a. — Tumori comune celor trei constituenți ai cordului

Date generale : sînt publicate în literatură peste 300 de cazuri de tumori maligne primitive ale cordului și pericardului.

Localizarea cea mai frecventă a acestor tumori este auriculul drept. Neoformațiunea este, de obicei, multicentrică, nodulară, sub forma unor vegetații pediculate sau infiltrînd peretele cordului. Cînd localizarea este în cordul drept, proliferarea poate fi sursă de embolii tumorale în circulația pulmonară.

Din punct de vedere microscopic, tumora este, de obicei, un sarcom în multiple variante.

SARCOAMELE VASCULARE ALE CORDULUI

Frecvență : forma de tumoră malignă cea mai frecventă la nivelul cordului.

Localizare și date clinice : sarcoamele vasculare sînt întîlnite mai ales în urechiușa dreaptă, urechiușa stîngă și pe aparatul valvular.

Tumorile evoluează, multă vreme, asimptomatic.

Macroscopie : neoformațiunea apare sub forma unor polipi unici sau multipli, sesili sau pediculați, care infiltrează miocardul în profunzime. În 50% din cazuri, sînt prezente revărsatele pericardice.

Microscopie : varietățile microscopice, sub care se poate prezenta angiosarcomul cordului, sînt următoarele : hemangioepiteliosarcom, hemangioendoteliosarcom și sarcom Kaposi, a căror descriere este identică cu aceea din alte localizări.

Evoluție : prognosticul acestor tumori este grav prin următoarele complicații posibile : ruptură miocardică cu tamponare, blocaj orificial, prin prolabarea tumorii, obstrucția sinusurilor și a arterelor coronare, metastaze la distanță în diverse organe (pulmon, ficat, rinichi, ganglioni mediastinali, schelet a căror structură microscopică poate fi diferențiată de structura tumorii primitive.

Fibrosarcomul, asemănător histopatologic cu aceeași tumoră din alte localizări, poate prezenta, uneori, o degenerescență mucoidă a stromei, cînd tumora îmbracă aspecte de mixo-fibrosarcom.

Diagnosticul diferențial se face cu melanomul acromic.

Mixosarcomul este întîlnit, adesea, sub formă de mixo-liposarcom ; colorațiile pentru grăsimi stabilesc gradul de dezvoltare a celor două forme tumorale.

Leiomiomasarcomul cu aspect microscopic asemănător tumorii din alte localizări.

A. 2. b. — Tumori maligne primitive specifice unui singur constituent cardiac

A. 2. b. 1. — TUMORI CU PUNCT DE PLECARE ENDOCARDIC

Tumorile maligne, specifice endocardului, sînt, de obicei, sarcoame vasculare, cu următoarele aspecte microscopice :

a. *endoteliosarcom* (Hornowski, cit. Crăciun, 1959) relatează un caz în care tumora avea ca punct de plecare endocardul ventricolului drept, cavitatea ventriculară fiind obliteratedă în întregime ;

b. *hemangiosarcomul* (denumire sub care în literatură este descris periteliosarcomul) ;

c. *limfangiosarcomul* ; ultimele două forme au fost descrise concomitent cu o malformație congenitală a cordului.

A. 2. b. 2. – TUMORI CU PUNCT DE PLECARE MIOCARDIC

RABDOMIOSARCOMUL MIOCARDIC

Frecvență : reprezintă în jur de 10% din sarcoamele cordului ; se cunosc aproximativ 40 de cazuri publicate.

Localizare și date clinice : tumora se localizează cu predilecție în cordul drept, auriculul fiind de trei ori mai mult interesat decât ventriculul. Sînt citate și localizări la nivelul aparatului valvular (G. Saint-Florent, 1970). Tumora a fost semnalată mai adesea la nou-născuți.

Macroscopie : tumoră nodulară sau infiltrativă, de mărimi variabile, de culoare roșu-cărmizie, eventual hemoragică.

Microscopie : se descriu diverse aspecte (forme) microscopice :
— *polimorfă*, în care celulele tumorale sînt de forme și dimensiuni diferite, cu citoplasma fie intens eozinofilă, fie clară, aproape transparentă, cu nucleii polilobați, uneori monstruoși, cu cromatina inegal distribuită și cu nucleol voluminos. Se mai întîlnesc și așa numitele „celule păianjen” (cellules araignées) ;
— *epitelioidă*, caracterizată prin predominarea celulelor epitelioides, orientate în cuiburi sau cordoane, cu nucleii multipli și mitoze multipolare ;

— *giganto-celulară*, în care predomină celulele gigante, sferice, cu nucleii imenși, unici sau multipli, burjonați și cu mitoze multipolare ;

— *fuzo-celulară*, cu celule fuziforme izolate sau grupate în fascicule.

Evoluție : prognostic sever, prin recidive după extirpare, metastaze în ficat, pulmon, splină etc.

Notă : unii autori consideră că aceste tumori sînt malformații, raritatea lor este explicată prin accentuata diferențiere a mușchiului cardiac și prin absența fenomenelor de regenerare de la acest nivel.

G. de Saint-Florent, A. Vanetti, P. Chombac, M. Vasselin, P. Alhomme, J. Mathey – Arch. Mal. du Coeur, 1970, 3, 433.

Linfomul malign al miocardului

Tumora este deosebit de rară și este citată, de obicei, sub denumirea de „limfosarcom”. E. Crăciun (1959) a publicat cazul

unui bolnav în vîrstă de 42 de ani, la care tumora era situată în șanțul atrio-ventricular al cordului drept, tumoră etichetată microscopic drept limfosarcom, cu metastaze în ficat și în mușchii intercostali.

A. 2. b. 3. – TUMORI CU PUNCT DE PLECARE PERICARDIC

MEZOTELIOMUL MALIGN

Frecvență : aproximativ 50 de cazuri publicate.

Localizare și date clinice : sexul masculin este mai frecvent afectat ; maximum de incidență este notată între 25—50 de ani ; tumora se manifestă ca o pericardită exudativă cu compresiune mediastinală.

Macroscopie : neoformațiunea apare ca o masă netedă sau polipoidă, care acoperă cele două foițe ale pericardului ; ea are greutate și dimensiune variabile (Crăciun și col., (1959) citează un caz în care tumora cîntărea 3800 grame). În spațiile necoalescente ale pericardului se acumulează sînge sau exudat hemoragic. Rareori, mezoteliomul are aspect nodular.

Microscopie : tumora este alcătuită din celule fuziforme sau pseudoepiteliale dispuse în travee, pseudoglande sau căptușind fante de dimensiuni diferite. Cîteodată neoformațiunea are aspect pseudoangiomatos cu cavitățile tapetate de celule tumorale și cu conținut hemoragic. În unele observații ea se numește „coeloteliom“ (Mahaim, 1945) și celulele sînt considerate a fi „coeloteliale“, provenite din cavitatea coelomică.

Evoluție : prognostic grav, metastaze rapide în pulmon, splină, rinichi și schelet.

XII. B. — Tumori secundare (metastaze)

Frecvență : tumorile secundare ale cordului sînt mai frecvente decît cele primitive, dar sînt rare în raport cu alte localizări neoplazice secundare din organism, ele fiind, de obicei, des-

coperiri de necropsie. Unele statistici mai vechi dau cifra de 3‰ de autopsii.

Localizare : metastazele cordului sînt localizate frecvent pericardic, mai rar miocardic, excepțional endocardic.

Date clinice : metastazele cardiace au fost vehiculate aici cel mai adesea pe cale sanghină (Hanfling, 1960), rar prin contiguitate și mai rar pe cale limfatică. După alți autori (Young, 1954), în 2/3 din cazuri ar fi utilizată calea retrogradă limfatică, prin intermediul limfoganglionilor traheo-bronșici și a vaselor limfatice epicardice și subepicardice. Tumora secundară evoluează multă vreme asimptomatic, surprinzătoare fiind, uneori, discordanța dintre volumul neoplaziei și manifestările clinice. În 50% din cazuri, tumora se trădează prin dureri precordiale, asurzirea zgomotelor cordului, tulburări de ritm, semne de insuficiență cardiacă, prin invadarea miocardului sau prin compresiunea inimii, datorită epanșamentului pericardic.

Electrocardiograma, examenul radiologic, citologia lichidului de puncție pericardică, angiocardiografia (cu condiția ca tumora metastatică să aibă dimensiuni suficiente) susțin diagnosticul.

Macroscopie : tumora poate fi nodulară, diseminată sau masivă, alb-cenușie cu zone de necroză și hemoragie.

Microscopia repetă, în general, aspectul neoplaziei primitive. La copil metastaza provine de la un limfom malign (Kissane, 1975), tumoră Wilms, neuroblastom, retinoblastom etc.; la adult, ea poate reprezenta diseminarea unui melanom malign, carcinom bronșic, carcinom mamar, renal sau gastric, a unei boli Hodgkin, micozis fungoid, leucemie (Crăciun și col., 1959). **Evoluția** și prognosticul sînt tot atît de grave ca și pentru tumorile primitive.

S. M. Hanfling — Circulation, 1960, 22, 474.

J. M. Young, R. D. Goldman — Circulation, 1954, 9, 220.

XII. C. – Pseudotumori situate la nivelul cordului

Diagnosticul diferențial al unor tumori cardiace se stabilește cu câteva formațiuni pseudotumorale cum sînt :

1. tromboze pediculate organizate :
formațiuni netede, negricioase, sfărîmicioase, în care examenul microscopic clarifică natura pseudotumorală ;
2. vegetațiile endocarditei marastice abacteriene (excreșcențe tip Lambl) : apar la cașectici, se localizează în special pe valvulele mitro-aortice, ating dimensiuni importante, sînt alcătuite din elemente fibrino-plachetare.



XIII. – TIPURI HISTOLOGICE DE TUMORI ȘI LEZIUNI PSEUDO-TUMORALE ALE VASELOR

(*Histological Typing of soft tissue tumours, nr. 3, O.M.S., Geneva, 1969*)

A. TUMORI ȘI LEZIUNI PSEUDOTUMORALE ALE VASELOR SANGHINE

1. BENIGNE :

- a. – hemangiomul
hemangioendoteliomul benign
hemangiom capilar (juvenil)
hemangiom cavernos
hemangiom venos
hemangiom racemos (cirsoid) arterial, venos, arterio-venos.
- b. – hemangiom intramuscular
capilar, cavernos, arterio-venos
- c. – hemangiomatoza sistemică
- d. – hemangiomatoză cu sau fără fistulă arterio-venoasă congenitală.
- e. – hemangiopericitomul benign
- f. – glomangiomul
- g. – angiomiomul
- h. – „hemangiomul” de tip țesut de granulație (granuloma pyogenicum).

2. – MALIGNE :

- a. – hemangioendoteliomul malign (angiosarcomul)
- b. – hemangiopericitomul malign
- c. – leiomiosarcomul vascular (angiomiomul malign) (n. a.)
- d. – sarcomul Kaposi (n. a.)

B. TUMORI ȘI LEZIUNI PSEUDO-TUMORALE ALE VASELOR LIMFATICE

1. – BENIGNE :

- a. – limfangiomul
- b. – limfangiomiomul
- c. – limfangiomatoza sistemică

2. – MALIGNE : limfangioendoteliomul malign (limfangiosarcomul)

F. M. Enzinger, R. Lattes, H. Torloni, O.M.S., Geneva, 1969.

XIII. — Tumori benigne ale vaselor sanghine

A. 1. a. — HEMANGIOAMELE

Frecvență : hemangioamele reprezintă 90% din tumorile vasculare.

Localizare și date clinice : hemangioamele sînt tumori congenitale, benigne ; ele se localizează la nivelul tegumentelor (față, membre, trunchi), a mucoaselor (buze, limbă, aparat digestiv, aparat genital), în organe (pulmon, ficat, splină, rinichi, vezica urinară, sistem nervos) sau în țesuturi (mușchi, os). Ele apar ca tumori solitare sau multiple, de dimensiuni mici sau în formă extensivă, mai frecvente la sexul feminin.

Macroscopie : tumora are culoare roșu-purpurie sau albăstruie, este bine delimitată, moale, compresibilă, se decolorează la presiune.

Pentru localizarea cutanată se descriu cîteva forme macroscopice mai particulare :

— *angiomul plan* (naevus flammens, naevus telangiectasicus) unic sau multiplu, cu localizare facio-trunculară, cu aspect macroscopic comun, de angiom capilar ; tumora poate retroceda spontan, lăsînd o cicatrice albicioasă sau pigmentată ;

— *angiomul tuberos* (angiomul fragă), localizat frecvent facial, poate involua spontan sau se poate extinde la țesuturile vecine comprimînd nervii sau chiar erodînd osul ;

— *angiokeratomul circumscris* se localizează la trunchi sau la membre și apare sub formă de noduli mici, roșii. Tumora rezultă din dilatarea capilarelor dispuse sub un epiderm papilomatos și hiperkeratozic ;

— *angiomul subcutant*, cu localizări pe toată suprafața tegumentelor, apare ca o denivelare albăstruie subdermică și corespunde unui angiom cavernos.

Microscopie: hemangioamele se pot prezenta sub diverse aspecte:

— *hemangioendoteliomul benign*, formă tumorală vasculară acceptată numai de unii autori, este mai frecventă la copii, în țesutul subcutanat. Neoformățiunea este descrisă ca o aglomerare de capilare relativ delimitate de endotelii cu structură tipică; între capilare se găsește o proliferare de celule cu aspect polimorf (rotunde, cuboidale, fuziforme, poligonale, hiperchrome) dispuse în cîmpuri sau în pseudorozete. Această formă se diferențiază greu de hemangiomul capilar. Impregnația argentică Gomori contribuie la clarificarea diagnosticului prin identificarea capilarelor. Tumoreta poate dispărea de la sine și este înlocuită cu țesut gras;

— *hemangiomul capilar* este alcătuit din aglomerări de capilare de diverse calibre, cu sau fără hematii, căptușite de un endoteliu plat sau cuboidal, dispuse într-o stromă redusă, în care se găsesc fibre argentafine și țesut fibroblastic. Proliferarea capilară poate fi nedelimitată sau lobulată prin septuri fibroase. În forma evolutivă descrisă de Delarue (1969) sub denumirea de „angiom celular“, lumenele capilarelor devin neidentificabile, datorită hiperplaziei celulelor endoteliale care apar ca celule cubice sau cilindrice;

— *hemangiomul cavernos* (cavernomul lui Masson) este alcătuit din capilare dilatate lacunar, cu endoteliul plat, cu sau fără trombi în lumen. Capilarele sînt separate de septuri fibroase, în care se pot găsi depozite de hemosiderină, uneori calcificări sau chiar osificări displazice;

— *hemangiomul venos* este compus din vase aproape exclusiv de tip venos cu lumenul de dimensiuni variabile. Între vase se găsesc elemente musculare netede, țesut fibros și țesut gras;

— *hemangiomul racemos* (angiomul cirsoid) poate fi arterial, venos și arterio-venos; el este localizat, de obicei, în părțile moi ale feții (în special forma cu vase arteriale, dar și în sistemul nervos (creier, menigne). Tumora se prezintă ca o aglomerare de vase cu pereții îngroșați, care, atunci cînd sînt situate în apropierea oaselor, le poate eroda. În afara acestor

tipuri de angiom notate în clasificarea O.M.S., mai pot fi enumerate următoarele forme :

— *angiomul mixt*, alcătuit din aspecte diverse intricate : capilaro-celular, capilaro-cavernos, etc. ;

— *hemangiomul sclerozant* (Robins, 1959) (histiocitom, xantogranulom, xantom fibros, dermatofibrom) este localizat în derm sau viscere și apare ca formațiuni solitare, circumscrise, alcătuite din vase proliferate, dispuse într-o stromă scleroasă, infiltrată cu plasmocite, celule xantice, calcificări și chiar metaplazii osoase (Carsteus, 1974).

Evoluție : hemangioamele sînt tumori benigne histologic. Ele pot evolua extensiv, se pot arterializa, ulcera sau tromboza. Tumoretele, apărute în primele luni de viață, se pot extinde odată cu înaintarea în vîrstă a pacientului.

H. B. Carsteus, G. R. Schrodtt — Am. J. Path., 1974, 77, 3, 377.

A. 1. b. — HEMANGIOMUL INTRAMUSCULAR

considerat ca entitate aparte, este mai frecvent la tineri și infiltrează mușchii striati. Din punct de vedere microscopic, predomină structurile hemangiomului capilar sau cavernos.

A. 1. c. — HEMANGIOMATOZA SISTEMICĂ

conține leziuni angiomatoase multicentrice sau difuze în unul sau mai multe organe sau țesuturi. Din această categorie fac parte :

— SINDROMUL MAFUCCI KAST = hemangiom cutanat cavernos și discondroplazii scheletice ;

— SINDROMUL PARKES-WEBER SAU KLIPPEL-TRÉNAU-NAY (nevul varicos osteohipertrofic sau hipertrofia heman-giectazică) = angiom cutanat al unei extremități, hipertrofia părților moi și osoase, ectazii vasculare sau fistule arterio-venoase ;

— SINDROMUL STURGE-WEBER-KRABBE SAU STURGE-WEBER-KALISCHER ȘI DIMITRI (Kissane, Evans) = angio-

matoză encefalo-trigeminată sau hemangiomatoză encefalo-facială, se caracterizează prin angiomatoză cutanată facială, angiomatoză cerebrală, glaucom uni sau bilateral, epilepsie, întârziere mintală, hemiplegie heterolaterală și, uneori, malformații vasculare în submucoasa bucală, nazală etc. ;

— BOALA VON HIPPEL-LINDAU = angiomatoză retiniană, cerebrală (ventricolul IV), măduva spinării și angioreticulom cerebelos, însoțită de chisturi în diverse organe (rinichi, pancreas, ficat, pulmon) ;

— BOALA OSLER-RENDU-WEBER (telangiectazia hemoragică ereditară) = telangiectazii localizate la diverse nivele : tegumente, tub digestiv, pulmon, sistem nervos etc., însoțite, uneori, de modificări anevrismale ale aortei, arterei splenice, hepatice sau avînd aspect de fistule arterio-venoase. Se pot asocia și nevi cutanați. Varianta regională a bolii conține telangiectazii ale vaselor tubului digestiv, cu absența oricăror manifestări externe ;

— SINDROMUL KASSBACH-MERITT = hemangioame cavernoase, extensive și multiple, asociate cu trombocitopenie sistemică.

A. 1. d. — HEMANGIOMATOZĂ CU SAU FĂRĂ FISTULĂ ARTERIO-VENOASĂ CONGENITALĂ

Proliferare regională sau difuză a capilarelor cu perete vascular subțire, însoțită sau nu de fistulă arterio-venoasă. Cînd leziunea este însoțită de hipertrofia părților dure și moi ale extremităților, afecțiunea ar putea fi încadrată în sindromul Parkes Weber sau Klippel — Trénaunay ; în sistematizarea O.M.S., este considerată ca o entitate aparte.

A. 1. e. — HEMANGIOPERICITOMUL BENIGN

Frecvență : imprecis apreciată : pentru unii este o tumoră excepțională, mai ales la nivelul tegumenelor ; alții o confundă cu tumorile glomice.

Sinonime : pericitomul lui Stout și Murray.

Localizare și date clinice : localizare ubiquitară, fără preferință de sex și vîrstă ; în unele tratate (Délarue, 1969) sînt citate localizările de la nivelul tegumenelor, stomacului, osului și miometrului. Sînt posibile și alte localizări.

Macroscopie : formațiune nodulară, de dimensiuni reduse, de consistență variabilă ; tumoreta este albicioasă, ușor stratificată.

Microscopie : proliferare cu caracter tumoral a celulelor perivascularare (pericitele lui Zimmerman sau celulele lui Rouget) ; acestea sînt alungite sau ovalare, cu citoplasma eozinofilă și nucleu hiperchromi. Impregnația argentică evidențiază prezența fibrelor de reticulină cu dispoziție perivasculară. Diagnosticul diferențial se face cu :

- tumora glomică solitară (aceasta deține o țesătură de fibre nervoase perivascularare, evidențiate prin colorații adecvate) ;
- angioleiomiomul (colorații speciale pentru mușchi și impregnații argentice pentru vase).

Evoluție : clinica stabilește evoluția tumorii întrucît aspectul microscopic nu poate da întotdeauna prognoze demne de încredere.

A. 1. f. — GLOMANGIOMUL

Frecvență : tumoră rară.

Sinonime : tumoră glomică, (angio-neuro-miom arterial (Masson), tuberculi cutanați dureroși, tumoră neuro-mio-arterială, tumora anastomozelor arterio-venoase.

Localizare și date clinice : tumoreta este semnalată mai ales la vîrsta adultă (între 30—50 ani), dar în 7% din totalul cazurilor cunoscute ea a fost prezentă la copii. Localizat cu predilecție subungheal, glomangiomul mai este semnalat în tegumentele eminentei tenare sau a călcîiului, mai rar în meniscul articular, corpii cavernoși, coroidă, limfoganglionii mediastinali etc. Simptomul de bază este durerea, uneori insuportabilă la cea mai mică atingere.

Macroscopie : tumoretă unică, rar multiplă, de dimensiuni mici, încapsulată, albicioasă, dură sau moale.

Microscopie : glomangiomul este constituit în esență dintr-o aglomerare de vase (arteriole subterminale și venule), filete nervoase, în special amielinice, structuri musculare netede și un proliferat celular cu aspect epitelioid, dispus în manșoane perivascularare. De remarcat că vasele sînt uneori larg deschise (de formă angiomatoasă), altele au caracter strict angiopoetic și întotdeauna sînt delimitate de un endoteliu bine individualizat. Uneori toate aceste structuri sînt separate de un țesut conjunctiv, edematos, mucoid, acest aspect fiind greu de diferențiat de tumorile sudoripare cu stroma remaniată.

Variantele microscopice ale glomangiomului sînt :

— GLOMANGIOMUL COMPACT (epitelioid) cu lumene vasculare reduse, țesut nervos moderat reprezentat și aglomerări de celule epitelioid;

— GLOMANGIOMUL NEVROMATOS în care predomină trunchiurile și plexurile de filete nervoase ;

— GLOMUSUL ANGIOMATOS SAU TELANGIECTAZIC caracterizat printr-un mare număr de vase largi, dilatate.

Diagnosticul diferențial se stabilește cu :

— hemangiopericitomul (nu are filete nervoase) ;

— blue rubber bleb nevus (asociere între angioame albastre, moi, eventual pediculate, cu hemangioame subdermice sau/și viscerale. Lipsesc celulele glomice).

Evoluție : prognostic bun după exereza chirurgicală ; a fost publicat și un caz de glomangiom malign (Eleftheriou et Delidis, 1977).

Notă : glomangiomul cutanat și visceral nu trebuie confundat cu glomusul carotidian sau cu glomusul jugular și aortic care sînt tumori cu origine nervoasă necromafină.

G. D. Anagnostou, D. G. Papademetriou, M. N. Toumazani — Surg. Gynec. Obst., 1973, 136, 6, 945.

D. S. Eleftheriou et G. S. Delidis — Arch. Un. Med. Balk, XV, 1-2, 201-203, 1977.

A. 1. g. – ANGIOMIOMUL

Este o tumoră relativ frecventă, semnalată mai adesea la nivelul dermului brațelor și gambelor, uneori și la nivelul organelor (uter, sîn). Se prezintă ca o tumoretă fermă, delimitată, alb-sidefie. Din punct de vedere microscopic este formată din proliferări musculare netede, dispuse în vârtejuri în jurul capilarelor de diverse calibre. Originea acestor neoformațiuni este musculatura netedă a pereților vasculari. Tumora are prognostic bun.

A. 1. h. – HEMANGIOMUL DE TIP „ȚESUT DE GRANULAȚIE”

Entitatea nu este încadrată în statistici, datorită aspectului său foarte comun. Tumora este silimară cu aspectele cunoscute în literatură sub denumirile de : granulom piogenic (autorii americani), botromicom, hemangiom hiperplazic (Masson).

Macroscopie : tumoreta are aspect de burjon telangiectazic, exuberant, în vecinătatea unei ulceratii cutanate sau mucoase.

Microscopie : aspect de granulom inflamator nespecific, edematizat, cu stroma laxă, infiltrat inflamator și cu numeroase vase de neoformație.

Evoluție : scleroza și retractarea leziunii, după trecerea puseului inflamator.

XIII. A. 2. – Tumori maligne ale vaselor sanghine

A. 2. a. – HEMANGIOENDOTELIOMUL MALIGN

Sinonime : angiosarcom, sarcom angioblastic.

Date clinice : fără preferință pentru sex, vîrstă, localizare.

Macroscopie : tumoră spongioasă, moale sau elastică, fără limite nete, infiltrantă, de mărimi variabile, uneori cu aspect nodular, ulcerată dacă este localizată superficial. Predomină caracterul hemoragic.

Microscopie : neoformațiunea este alcătuită din aglomerări de lumene vasculare delimitate de endotelii cu caracter prolife-

rativ, celulele fiind așezate pe unul sau mai multe rînduri sau sub formă de muguri. care obstruează, parțial sau total, lumenul vaselor. În alte zone, proliferările endoteliale au aspect de plaje anaplazice sau cuiburi compacte de celule poliedrice sau fuziforme care pe alocuri delimitează niște fante (fostele lumene vasculare). Impregnația argentică pune în evidență prezența fibrelor de reticulină în jurul proliferatelor tumorale. Monstruozițiile nucleare și mitozele atipice sînt deosebit de accentuate. Se disting cîteva forme microscopice deosebite :

— HEMANGIOENDOTELIOMUL VEGETANT PAPILAR, caracterizat prin : vase tumorale cu lumen larg, parțial sau total obstruat de vegetații tumorale ; tumora este deosebit de malignă, deși s-au notat cîteva cazuri de evoluție favorabilă după excizia chirurgicală (Delarue, 1969) ;

— HEMANGIOENDOTELIOMUL MALIGN STOUT, cu obliterarea totală a lumenelor vasculare, prin proliferarea tumorală a endoteliilor și prezența nucleilor cu mitoze ;

— HEMANGIOENDOTELIOMUL COMPACT WATSON corespunde formei descrise de Stout, dar nu prezintă mitoze.

Diagnosticul diferențial al tuturor formelor este posibil cu :

- hemangiopericitomul malign (vezi capitolul) ;
- angioblastomul splenic (are celule multinucleate) ;
- metastaze carcinoatoase (reticulina este prezentă în jurul unei grupe de celule).

Notă : în unele tratate angiosarcomul este descris ca o formă particulară de tumoră vasculară malignă, în timp ce în altele el este sinonim cu hemangioendoteliomul nediferențiat. În realitate, ambele denumiri corespund aceleiași entități, cu mici diferențe microscopice.

Evoluție : prognostic sever, recidive, metastaze (Daboka, 1969, Lessel, 1974).

M. Daboka — Cancer, 1969, 24, 503.

W. Lessel, F. Theuring — Zbl. allg. Path., 1974, 118, 1, 61.

A. 2. b. — HEMANGIOPERICITOMUL MALIGN

Frecvență : tumoră rară ; existența sa nu este admisă de toți autorii ; tumora este notată în clasificarea O.M.S.

Date clinice : fără preferință de vîrstă, sex sau localizare.

Macroscopie : tumoră nodulară sau infiltrativă, de obicei unică, cu dimensiuni și consistență variabile.

Microscopie : proliferare cu caracter tumoral malign a celulelor perivascularare ; acestea sînt rotunde, ovalare sau ascuțite, cu nuclei și mitoze atipice, cu aspect sarcomatos. Lumenul vaselor este de cele mai multe ori intact, iar celulele tumorale își păstrează structura numai pe o zonă de dimensiuni variabile perivascularare ; în rest, tumora se remarcă prin cîmpuri întinse de necroză și hemoragie la distanță de vase.

Dignosticul diferențial trebuie făcut cu tumorile bine vascularizate, cu multiple zone de necroză și cu celulele păstrate numai împrejurul vaselor.

Evoluție : prognostic dubios, evoluție lentă, în 20% din cazuri, metastaze pe cale sanghină, în 30%, recidive locale după exereză (Delarue, 1969 ; Bredt, 1969).

A. B. Bredt, A. A. Scripck — Cancer, 1969, 24, 2, 266.

Alte tumori năsemnalate de clasificarea O.M.S.

A. 2. c. — LEIOMIOSARCOMUL VASCULAR (angiomiomul malign)

Tumoră malignă cu punct de plecare în țesutul muscular neted al peretelui vascular. Sînt descrise aproximativ 20 de cazuri în literatură. Aspectul microscopic este comun leiomiosarcoamelor de la orice nivel. În ce privește prognosticul, tumora are mai mult o malignitate locală, extinderea se face intraluminal ; au fost descrise metastaze în ficat și pulmon.

B. S. Cardell, D. A. McGill, R. Dilliams — J. Path., 1971, 104, 4, 283.
S. Hughes — Vasc. Surg., 1973, 7, 2, 71.

A. 2. d. – SARCOMUL HEMORAGIC AL LUI KAPOSÍ

Sinonime : sarcomatoza Kaposi, reticuloză angio-fibroblastică.
Localizare și date clinice : localizările de predilecție a nodulilor sau infiltrațiilor sarcomatoase sînt, în ordine : membrele inferioare, membrele superioare (dosul mîinii, palmă, plantă, gambe, coapse, antebraț, brațe), rareori trunchi și față și, foarte rar, pleoape sau regiunea genitală. Sub formă de macule angiomatoase, leziunea se poate localiza bucal, pe vîlul palatului și în faringe. Simptomele clinice sînt, de obicei, reduse și constă din : furnicături, dureri la mers, prurit, dureri la presiune.

Macroscopie : tumora apare sub formă de macule și noduli cutanați multipli, duri, cianotici sau bruni, ulcerati sau nu, uneori chistici și, adeseori, cu limfedem de vecinătate.

Microscopie : nodulii tumorali sînt alcătuiți din trei elemente caracteristice : vase (proliferate), celule (proliferate) și hemoragii (interstițiale). Vasele au lumene de dimensiuni variate și sînt căptușite cu celule endoteliale mari, unele alungite, altele dispuse în cuiburi compacte, rareori asociate cu proliferări periteliale ; celulele stromei sînt fibroblaști de vîrste diferite foarte rar cu caracter tumoral), histiocite, limfocite, plasmocite. Hemoragiile sînt recente sau vechi, decelate cu colorații specifice (Perls, Turnbull).

Diagnosticul diferențial se face cu cîteva afecțiuni dermatologice : lupus pernio, angiokeratoame, limfangioame, lupus eritematos, lichen plan, leucemie (Slavin).

Evoluție : lentă, prognostic rezervat, exitus în 20—30% din cazuri prin hemoragii digestive, pulmonare sau infecții locale. La necropsie sînt descoperite leziuni tumorale pulmonare, hepatice, splenice sau pe tubul digestiv. În literatură se mai citează asocierea bolii cu limfomul malign hodgkinian și nehodgkinian.

XIII. B. — Tumori și leziuni pseudotumorale ale vaselor limfatice

B. 1. — Tumori benigne

B. 1. a. — LIMFANGIOMUL

Frecvență : tumoră congenitală, relativ rară.

Localizare și date clinice : limfangiomul este o tumoră circumscripă (la nivelul tegumentelor și al mucoaselor de la diverse nivele : gât, față, membre superioare, torace abdomen) și difuz, profund (la nivelul organelor, medistin, retroperitoneu). Simptomatologia depinde de localizare.

Macroscopie : limfangiomul circumscrip este alcătuit din numeroase vase limfatice mici, grupate în buchete, cu conținut seros, clar. Epidermul în localizările cutanate este subțiat sau, din contra, este verucos. Limfangiomul difuz determină o creștere difuză a volumului organului afectat (macroglisie, macrocheilie, hygroma coli = limfangiomul chistic al gâtului ; elephantiazisul congenital, etc.).

Microscopie : tumora este alcătuită din vase limfatice de diferite dimensiuni, tapetate cu endotelii plate sau cubice, cu aspect capilar sau chistic, conținând limfă coagulată și rare limfocite. Tumora se asociază, uneori, cu hemangiomul.

Evoluție : prognostic bun ; uneori, regresia sau dispariția spontană a tumorii.

R. Pieron, J. Dewilde, I. Mafart, G. Oustrieres, J. Andre, J. P. Kauffmann
— Le Poumon et le Coeur, 1974, 30, 4, 313.

B. 1. b. — LIMFANGIOMIOMUL

Frecvență : tumoră rară, de natură disembrioplazică.

Localizare și date clinice : tumora se localizează cu predilecție la nivelul buzelor, a limbii, în mediastin și/sau retroperitoneal,

Ea este cunoscută în clinică sub diverse denumiri ca : chilo-torax recidivant, chilopericard, ascită chiloasă, pleurezie chiloasă (Delarue, 1969).

Macroscopie : tumora poate fi circumscrisă sau difuză și apare ca noduli sau infiltrații cu aspect buretos, conținând un lichid clar.

Microscopie : limfangiomiomul este constituit din proliferări de vase limfatice, în apropiată vecinătate cu fibre și fascicule de țesut muscular neted cu orientări diverse.

Evoluție : prognostic condiționat de localizare și întindere.

B. 1. c. — LIMFANGIOMATOZA SISTEMICĂ

Întilnită aproape exclusiv la copii este considerată ca o entitate atunci când structurile limfangiomatoase sînt extinse la o parte din corp. Astfel, se citează cazul unui copil nou născut care prezenta multiple localizări limfangiomatoase tegumentare (torace și abdomen), organice și tisulare (limfoganglioni, rinichi, intestin, ovare); malformația excludea supraviețuirea (Ghiorghii, 1955).

A. Ghiorghii — Zbl. alg. Path. u. Path. Anat., 1955, 93, 8/9, 410.

XIII. B. 2. — Tumori maligne

LIMFANGIOENDOTELIOMUL MALIGN

Sinonime : limfangiosarcom.

Date clinice : a fost observat în legătură cu staza limfatică cronică secundară mastectomiilor totale.

Macroscopie : tumoră de dimensiuni variabile, infiltrativă, cu caracter buretos, multilocular.

Microscopie : limfangiosarcomul este alcătuit dintr-un proliferat de structuri limfatice, dispuse anarhic, delimitate de ce-

lule endoteliale proliferate, așezate pe mai multe rînduri, cu numeroase atipii.

Deoarece uneori proliferarea endotelială realizează cîmpuri masive, uniforme, de celule tumorale, iar alteleori tumorile au mai mult structură tubulară decît alveolară, au fost descrise două aspecte microscopice de bază : limfangioendoteliom proliferativ alveolar și limfangioendoteliom tubular (Borst, cit. Crăciun, 1959).

Evoluție : prognostic rezervat, metastazele sînt semnalate în primul rînd la pulmon.

Fig. 110 - x 100. H. E. Micrometastaze, limfangioendoteliom proliferativ alveolar.

Fig. 111 - x 100. H. E. Limfangioendoteliom tubular.

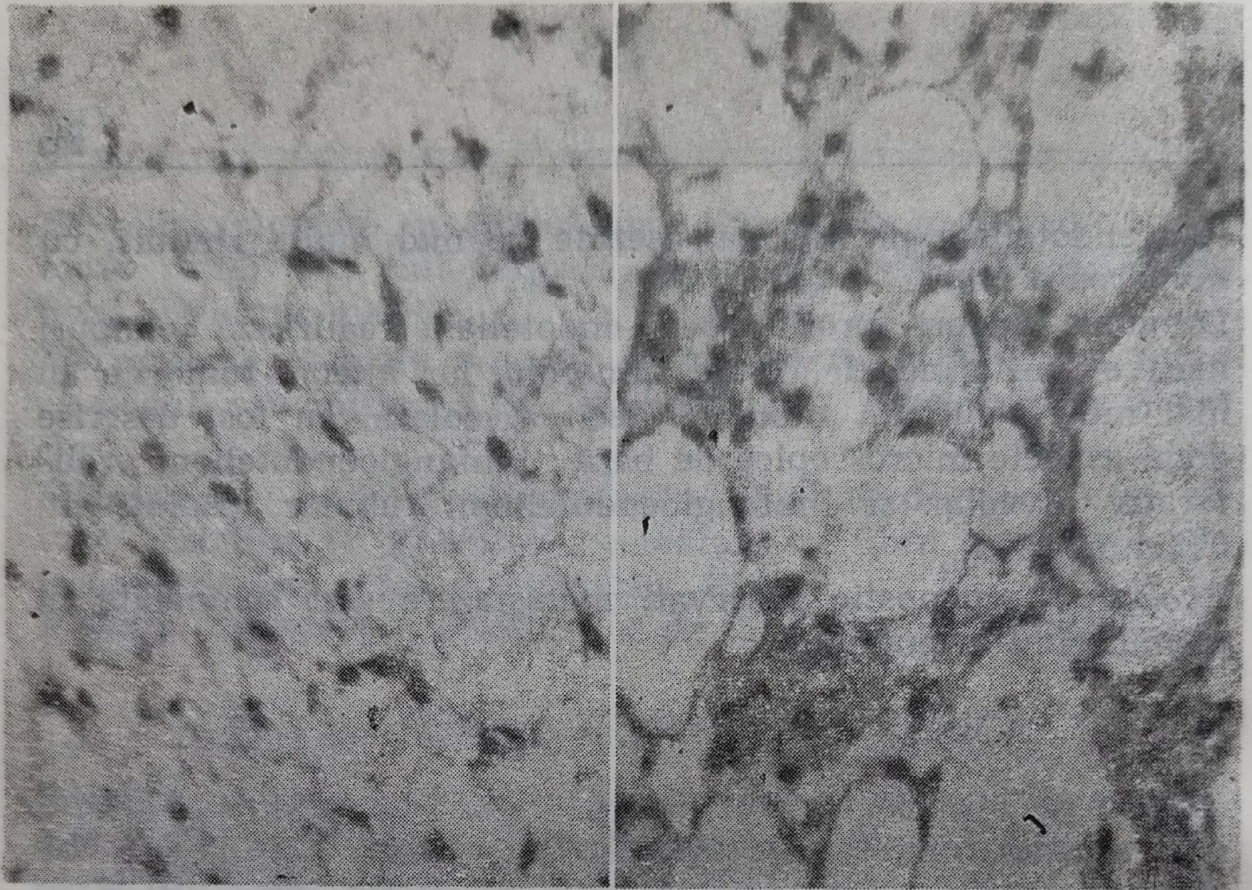
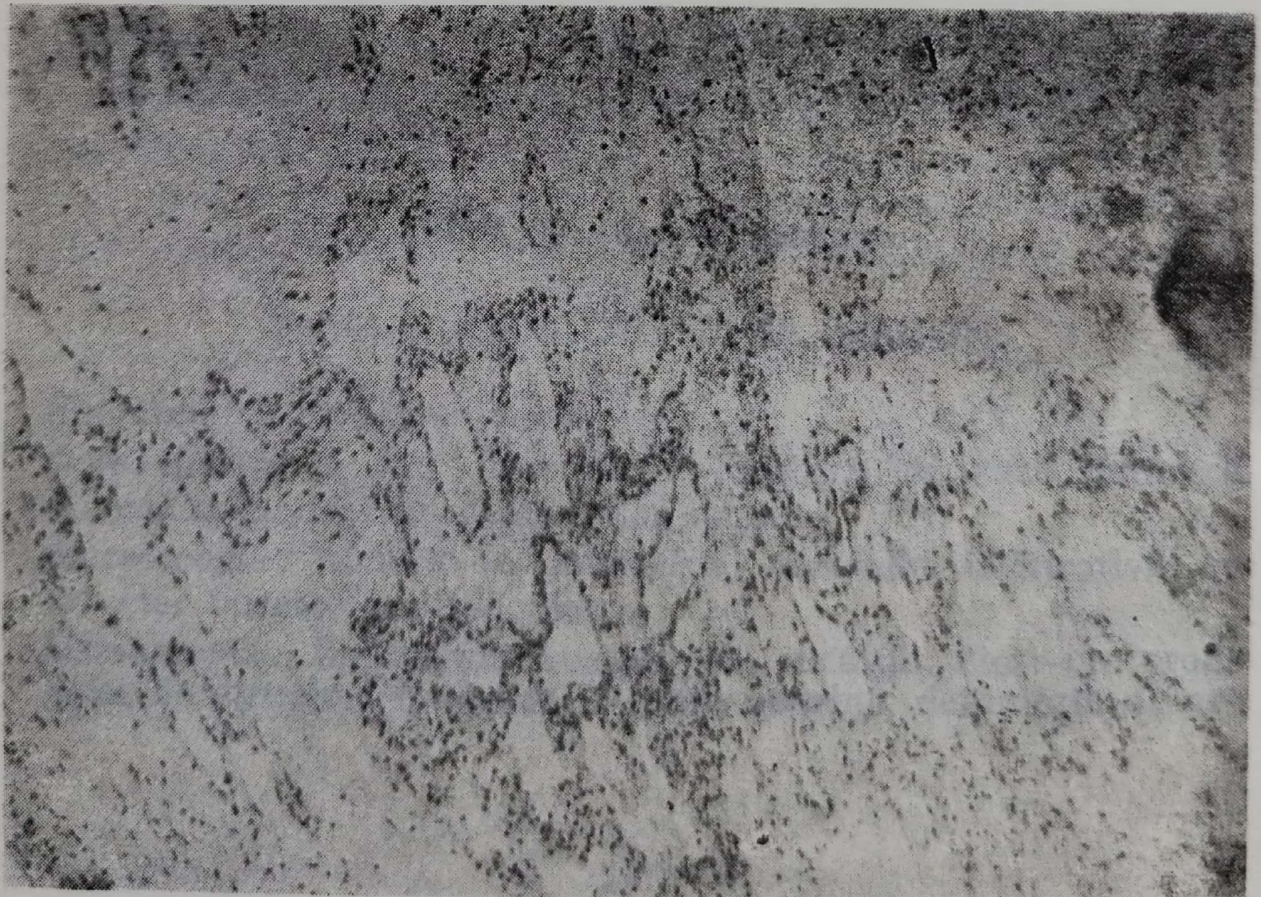


Fig. 110 – x 100, H. E. Mixom pericardic, Lipom pericardic

Fig. 111 – x 100, H. E. Limfangiom pericardic



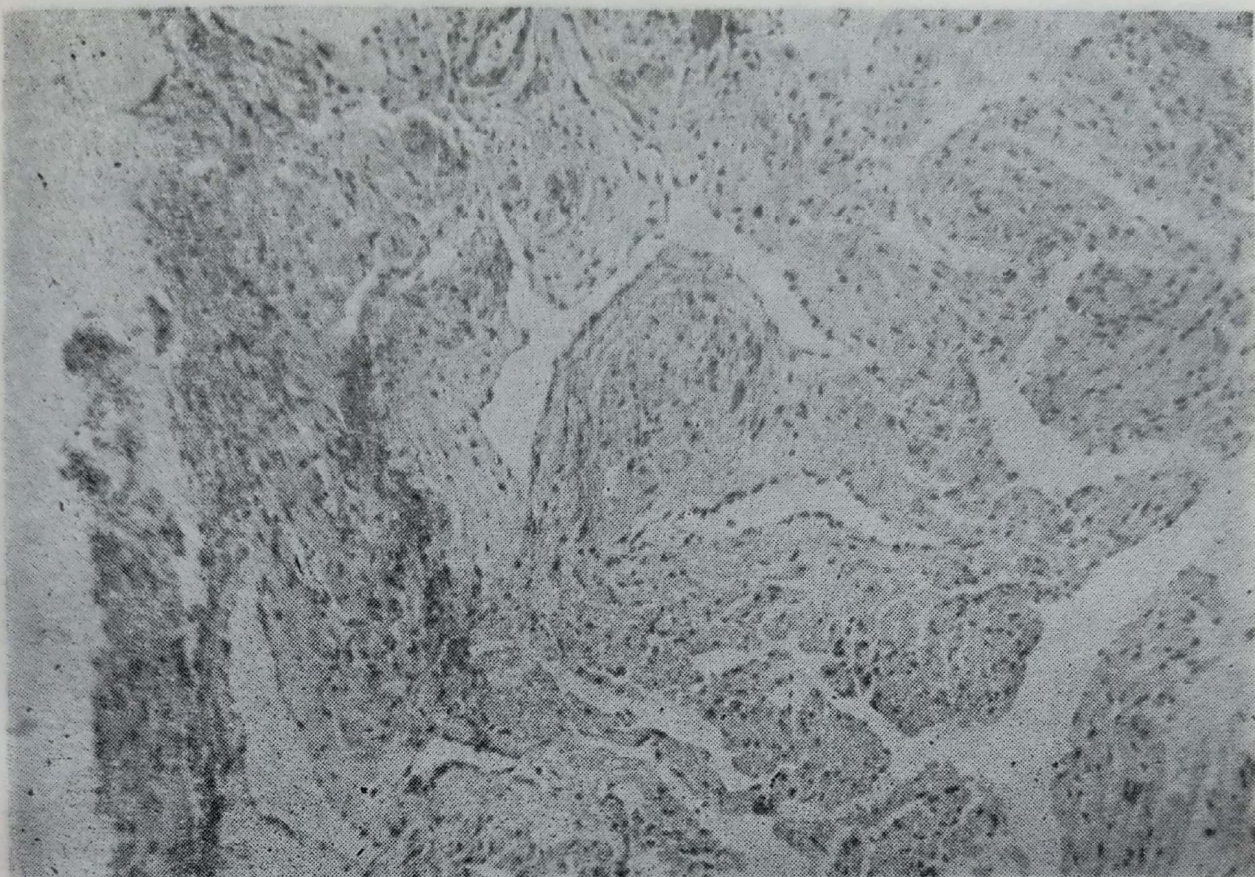
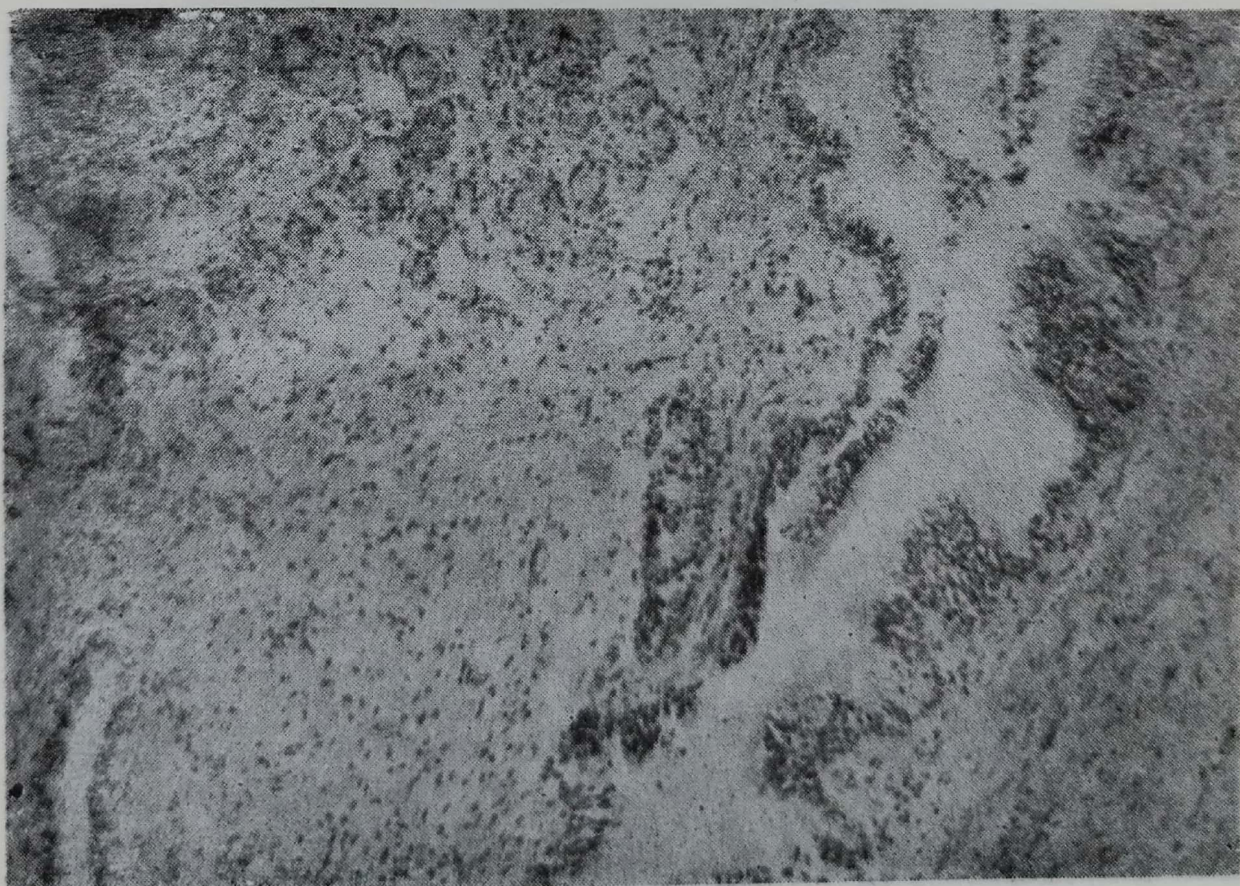


Fig. 112 - x 100, H. E. Pseudolinfangiom miocardic (mezoteliom tawarian ?) (colecția Dr. Savin R., Spit. de Pediatrie, Iași)

Fig. 113 - x 100, H. E. Teratom pericardic



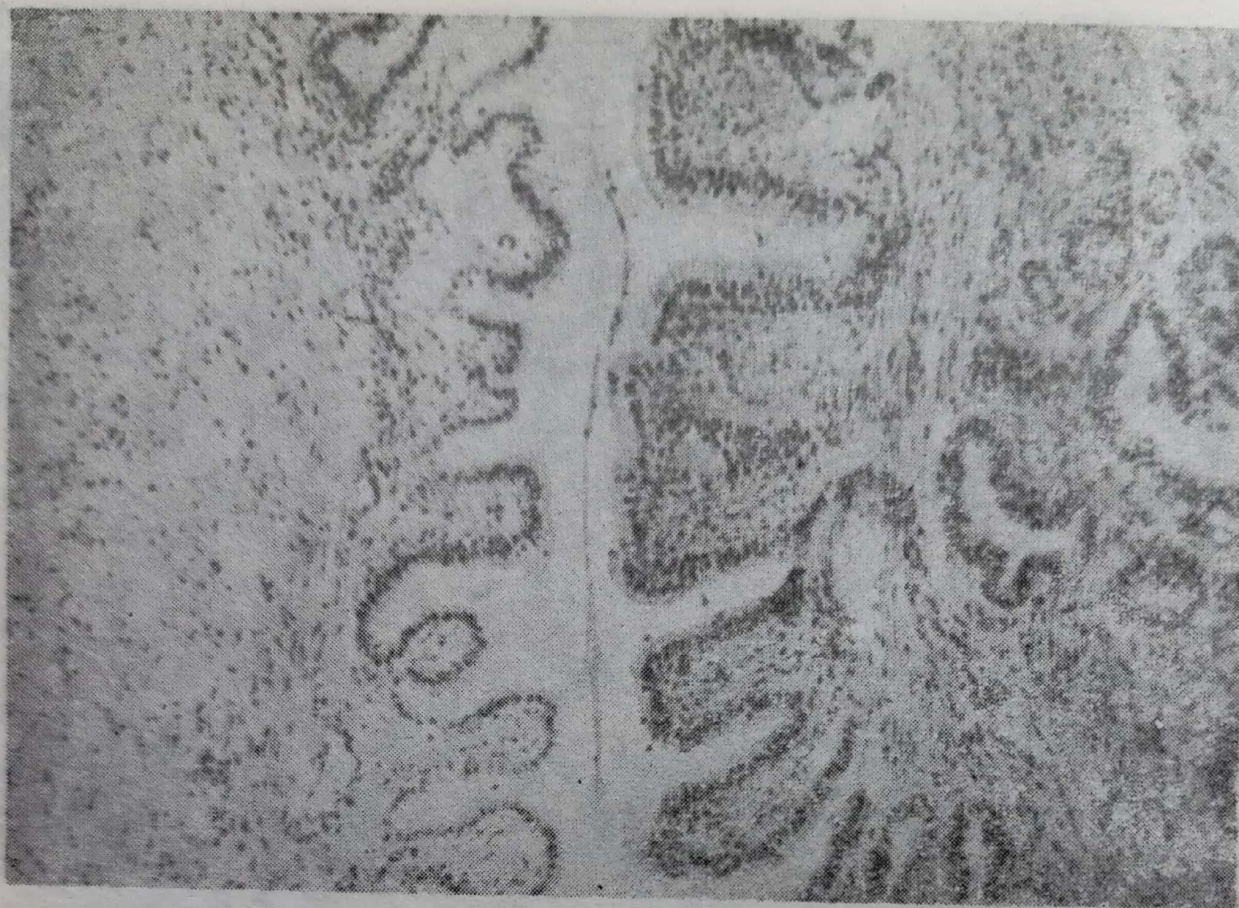
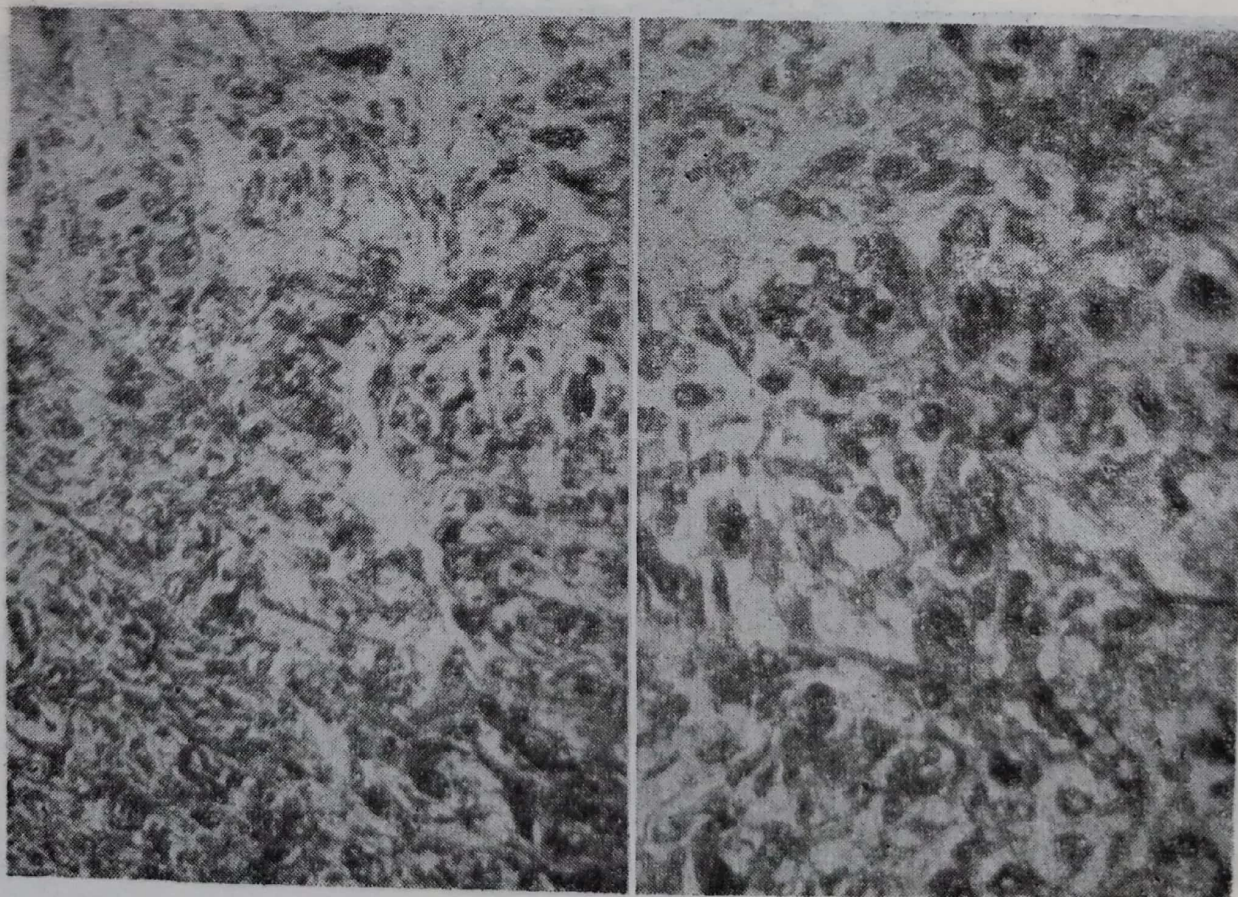


Fig. 114 – x 200, H. E. Teratom pericardic

Fig. 115 – x 100, H. E. Rabdomiosarcom miocardic



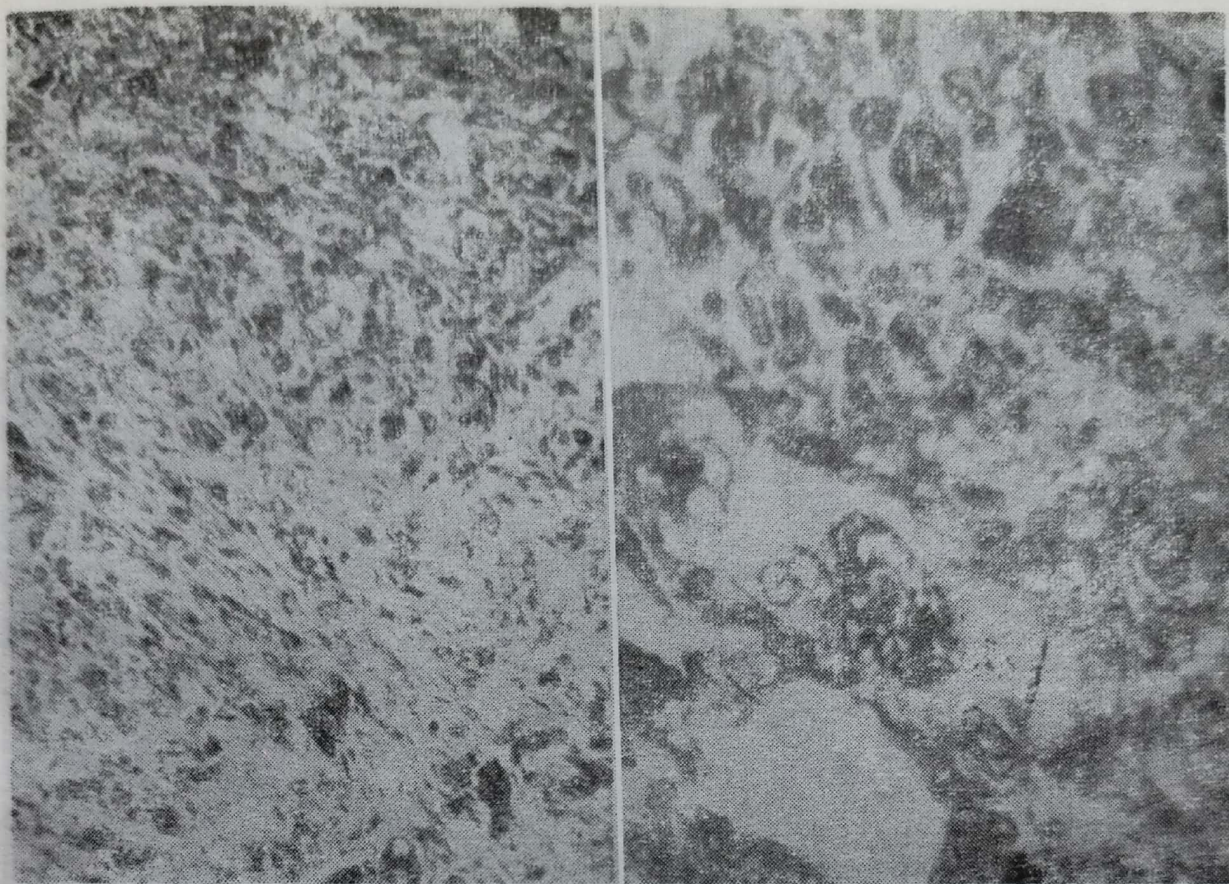
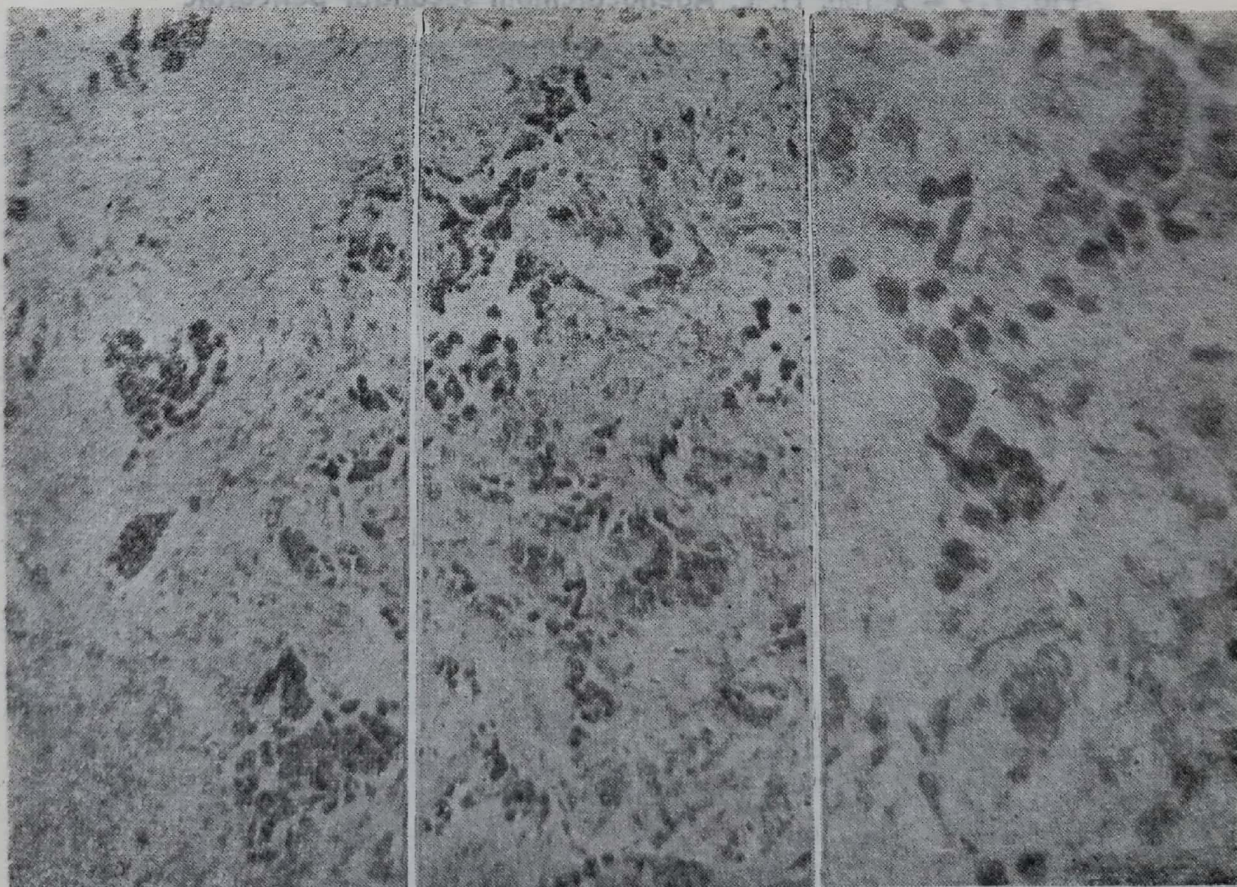


Fig. 116 – x 100, H. E. Rbdomiosarcom miocardic

Fig. 117 – x 100, H. E. Mezoteliom pericardic



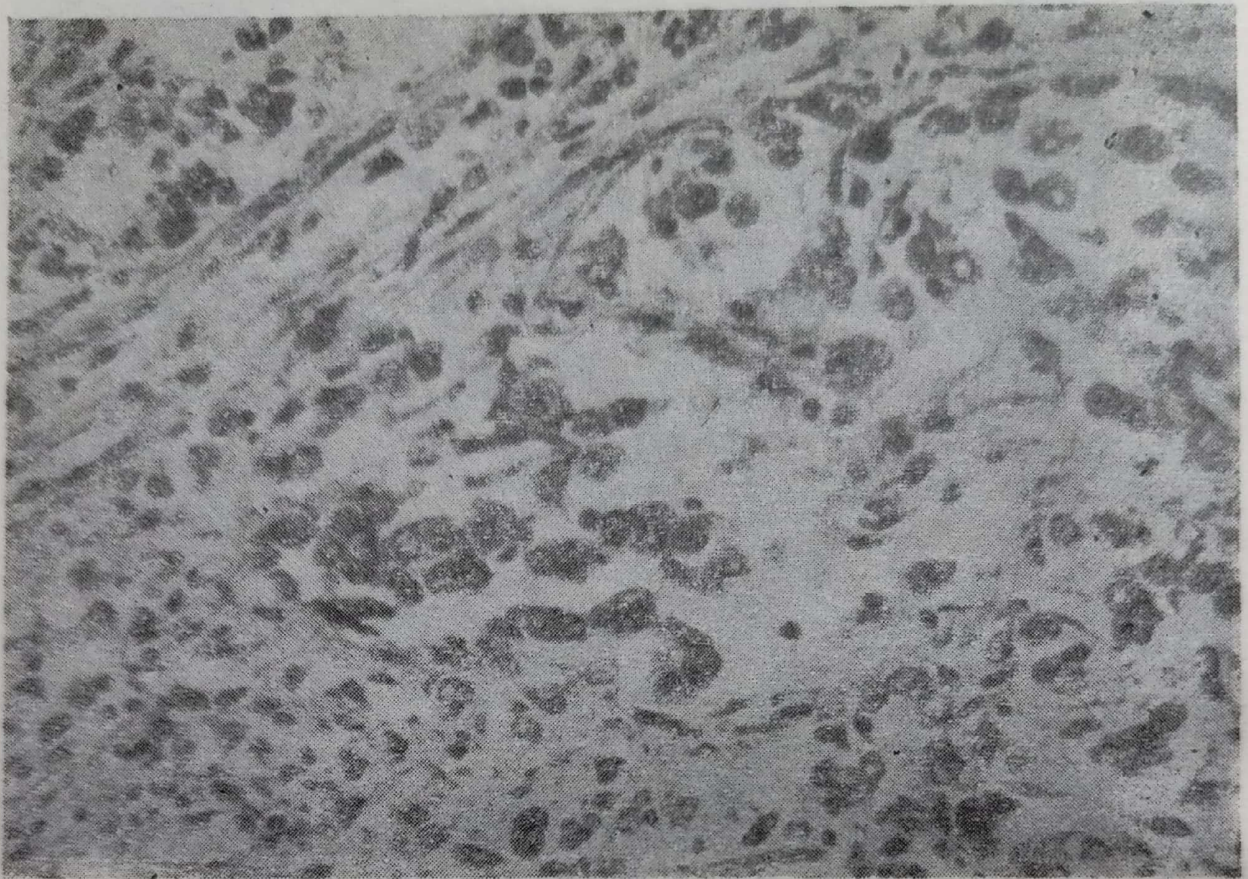
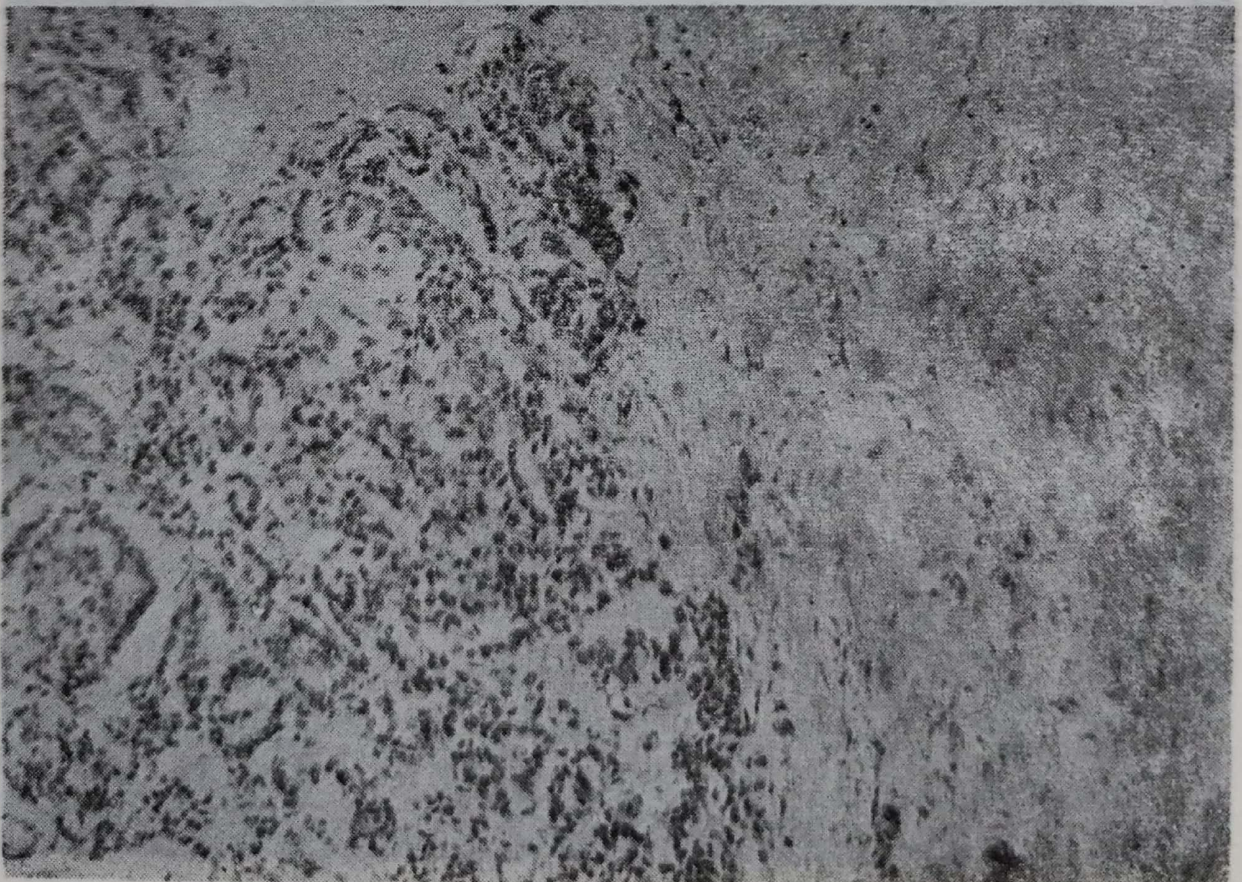


Fig. 118 – x 200, H. E. Mezoteliom pericardic

Fig. 119 – x 100, H. E. Adenocarcinom secundar pericardic



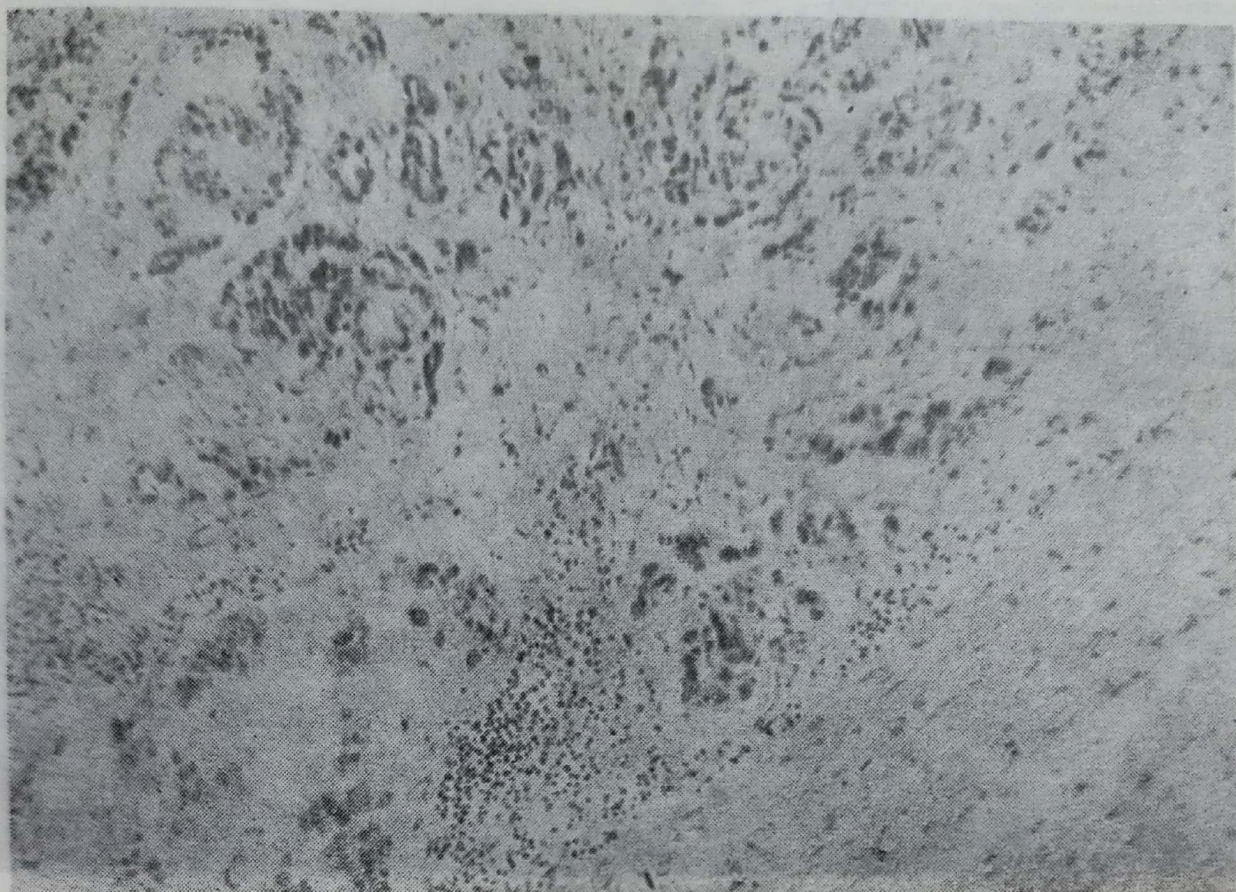
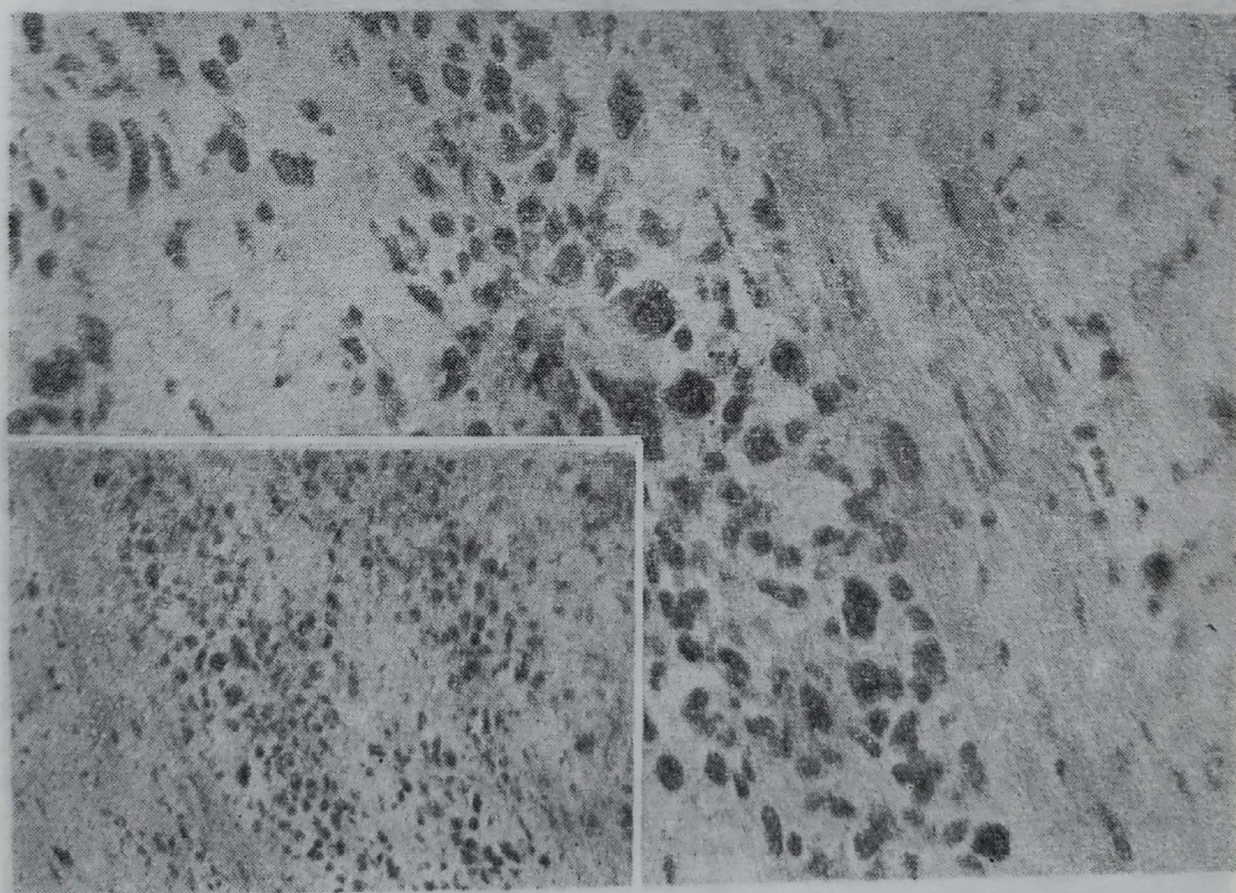


Fig. 120 – x 200, H. E. Adenocarcinom pericardic (secundar)

Fig. 121 – x 100, H. E. Sarcom polimorf secundar miocardic



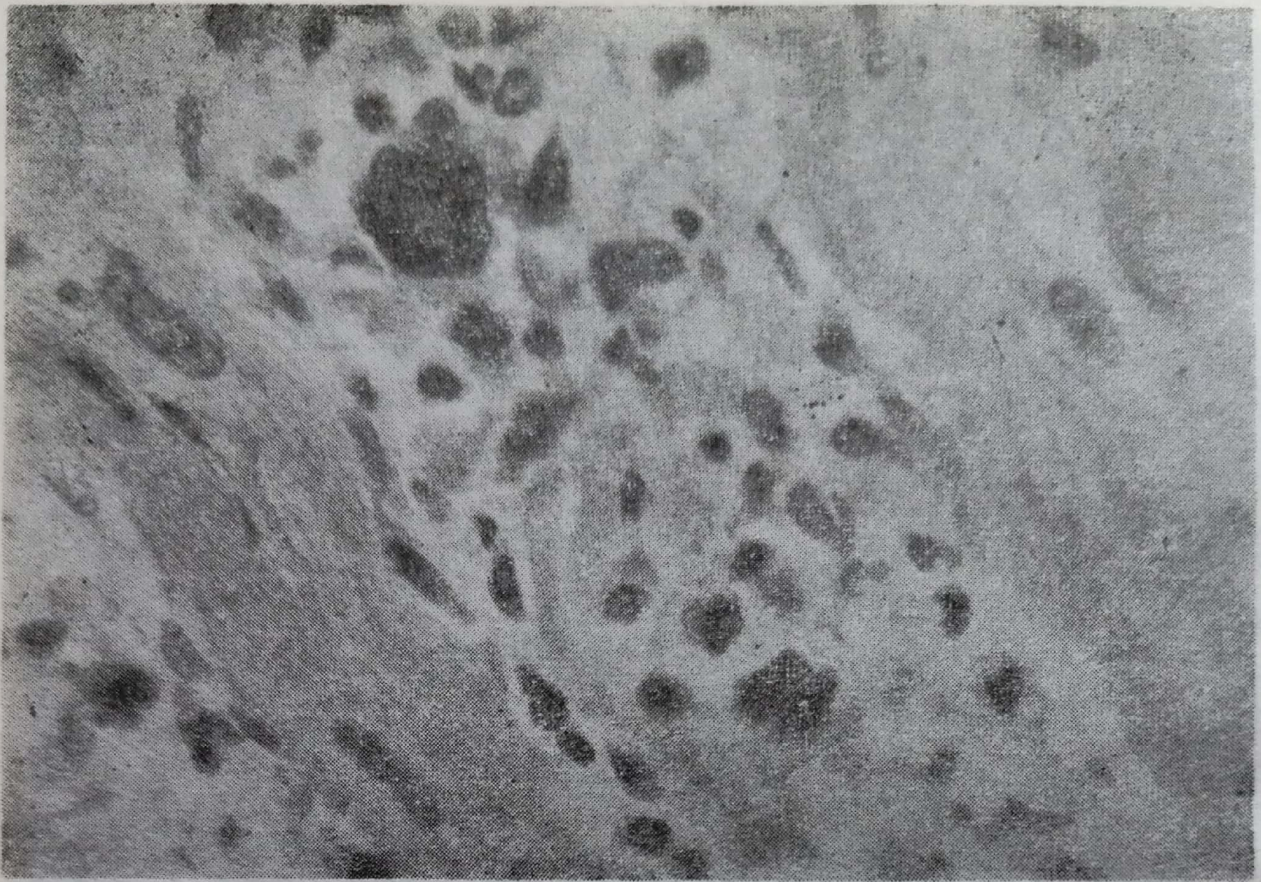
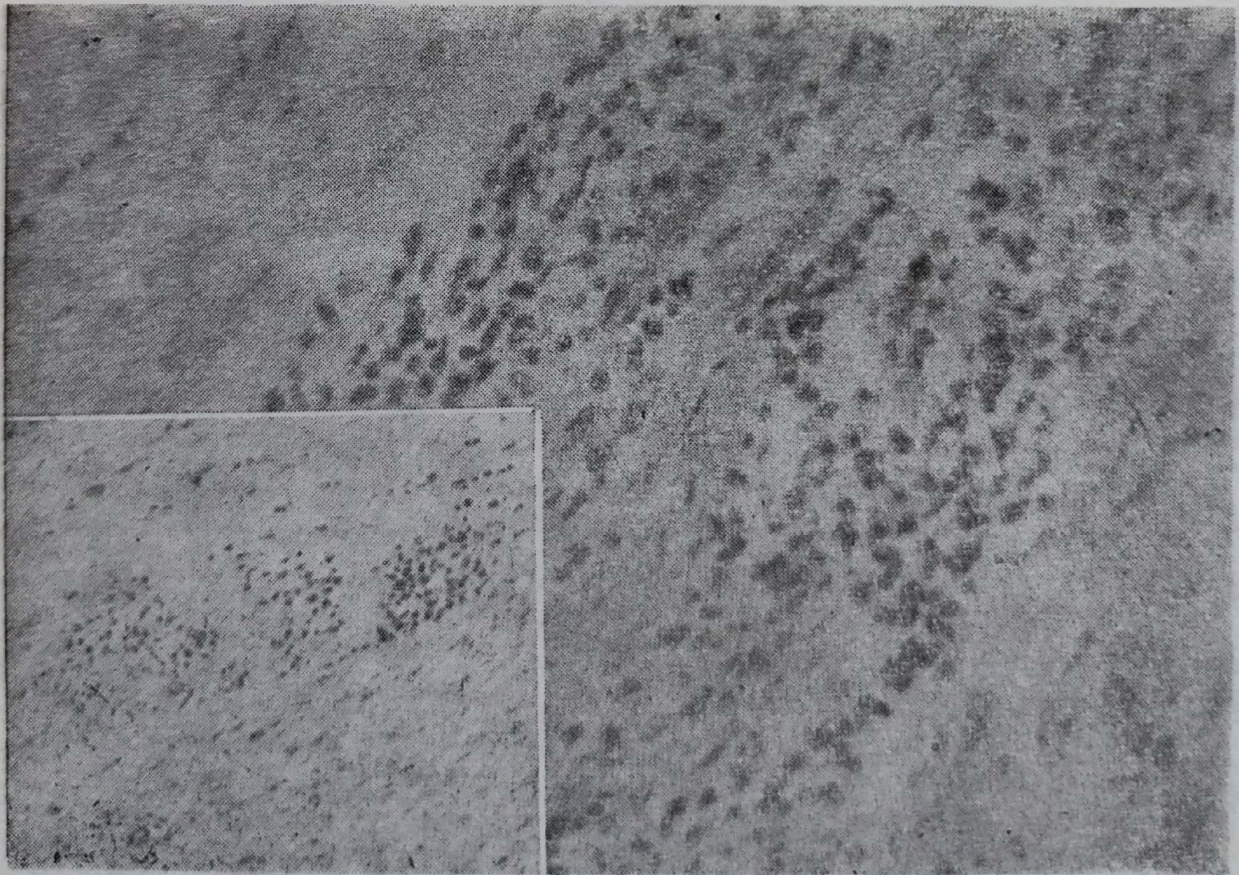


Fig. 122 — x 200, H. E. Sarcom polimorf secundar miocardic

Fig. 123 — x 100, H. E. Infiltrat leucemic in miocard



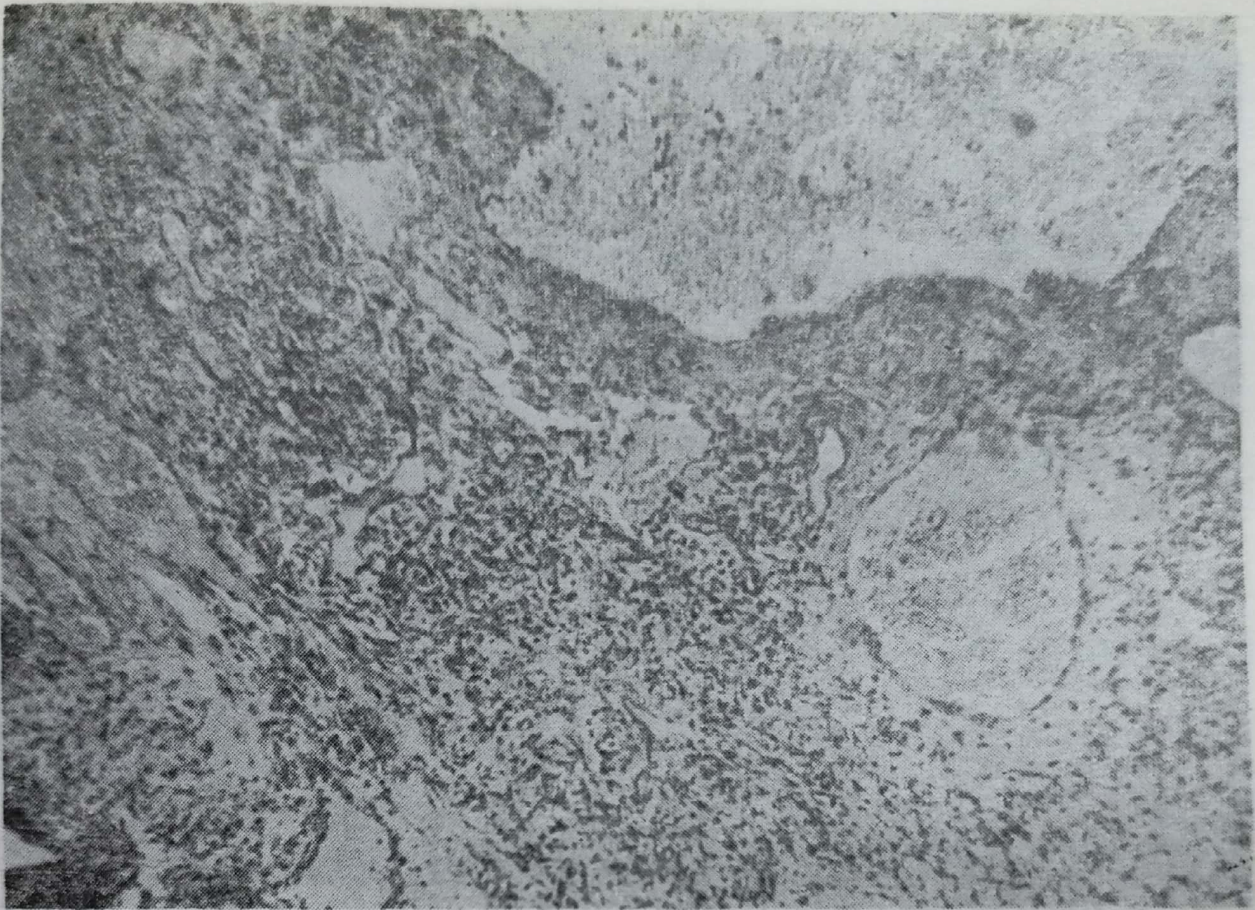
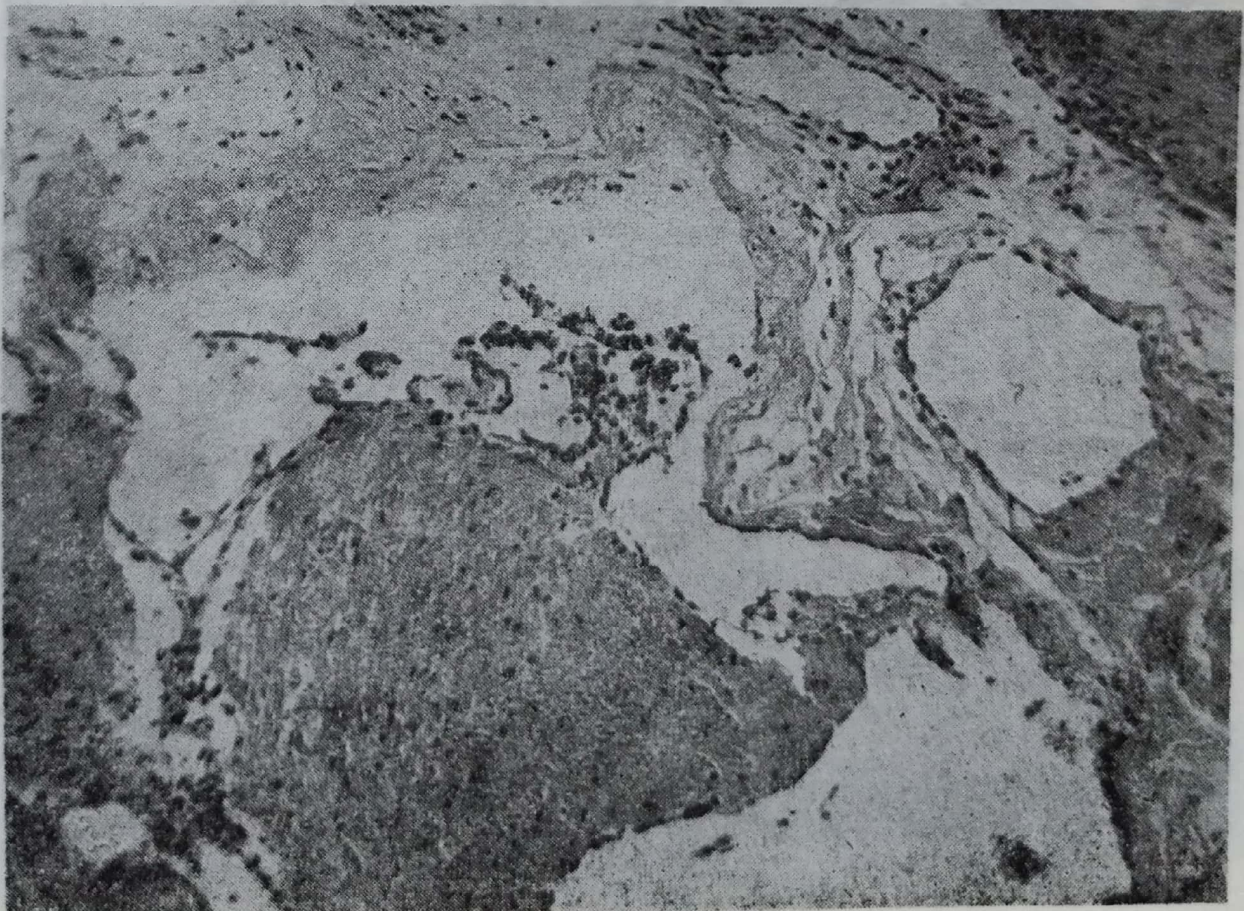


Fig. 124 — x 100, H. E. Hemangiom capilar cu zone de angiom cavernos

Fig. 125 — x 100, H. E. Hemangiom cavernos



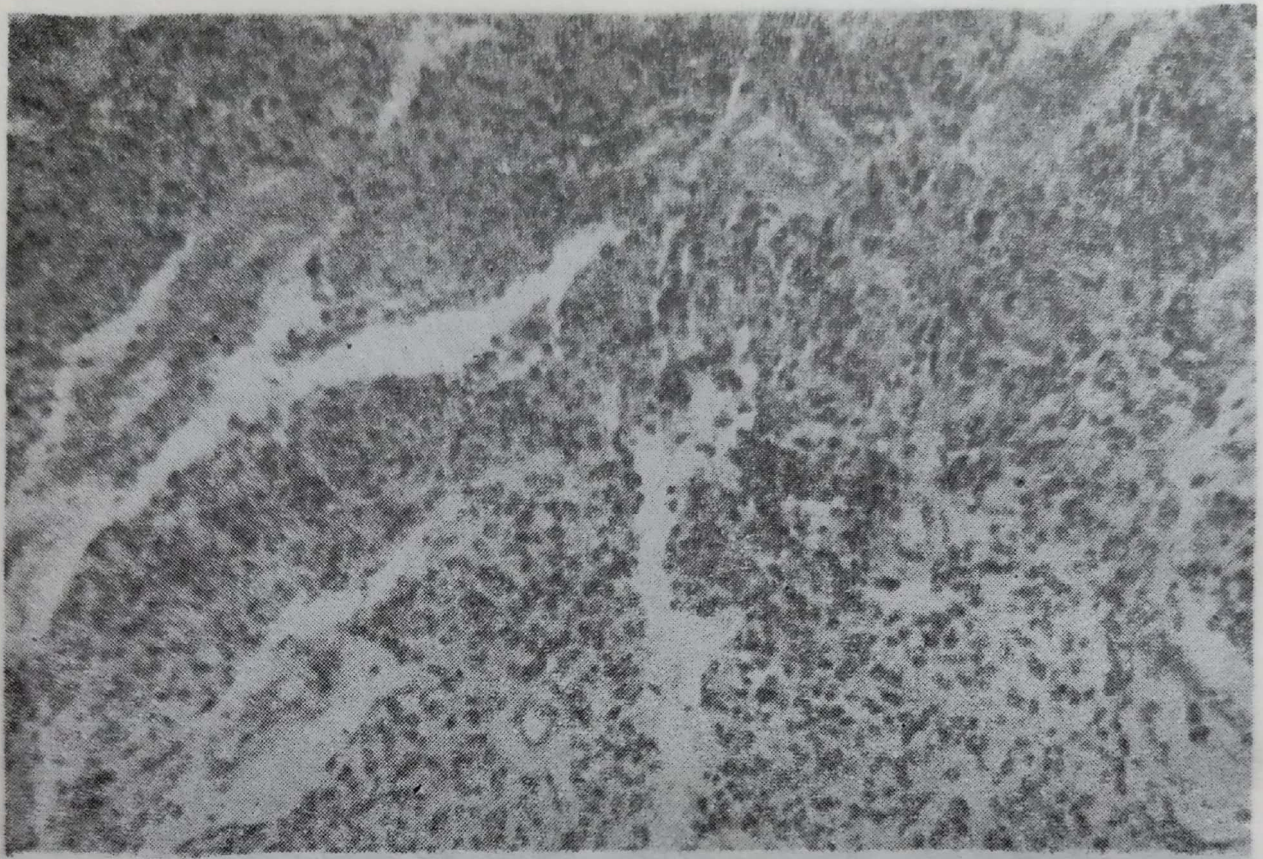
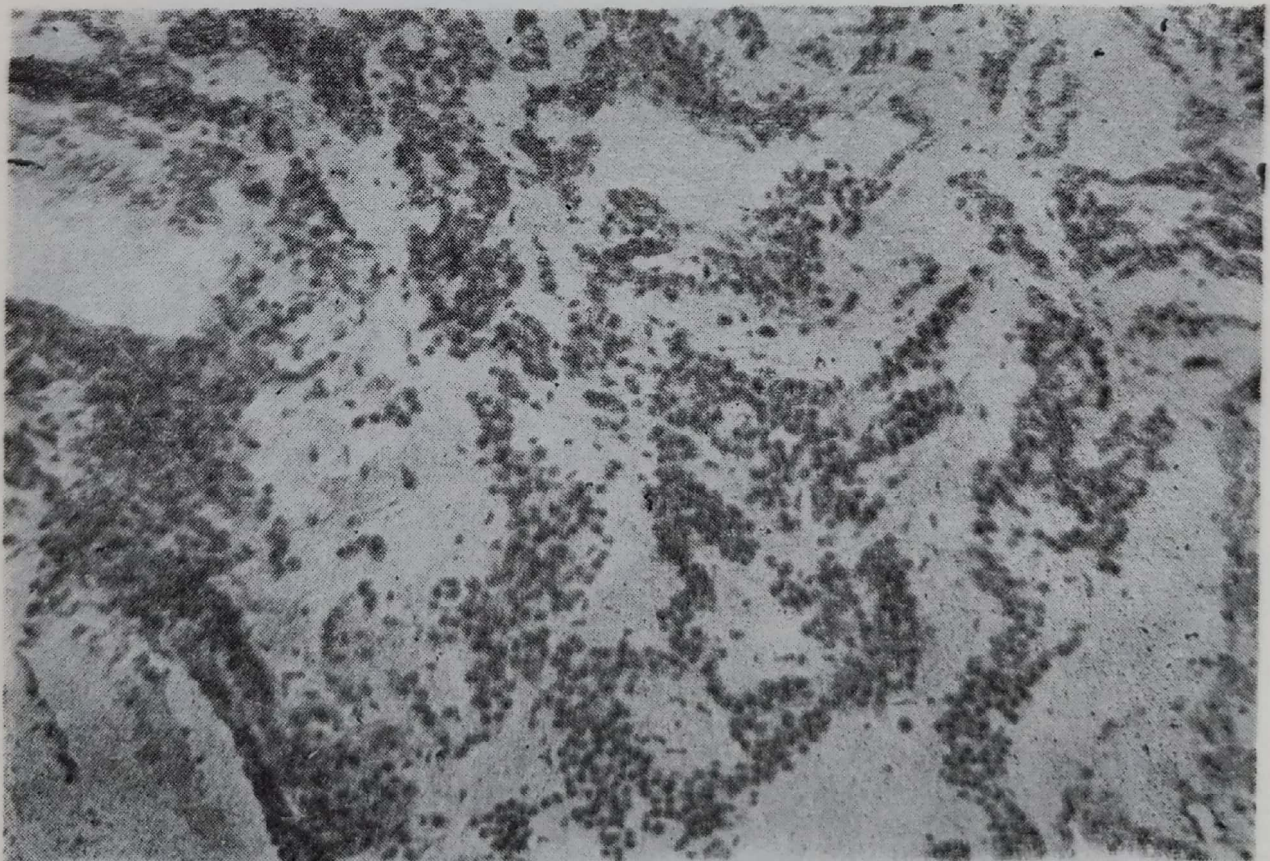


Fig. 126 – x 100, H. E. Hemangiopericytoma benign

Fig. 127 – x 100, H. E. Glomangioma



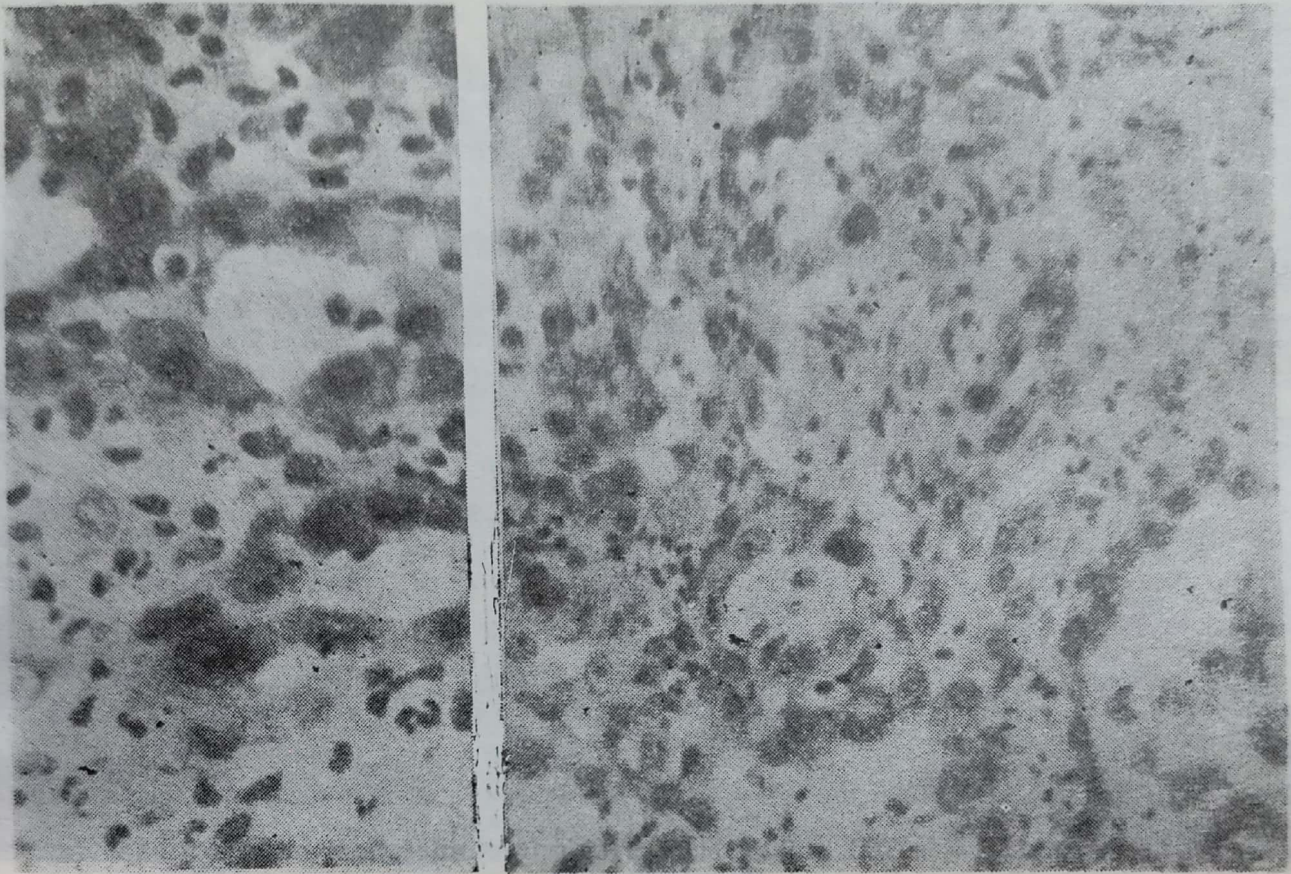
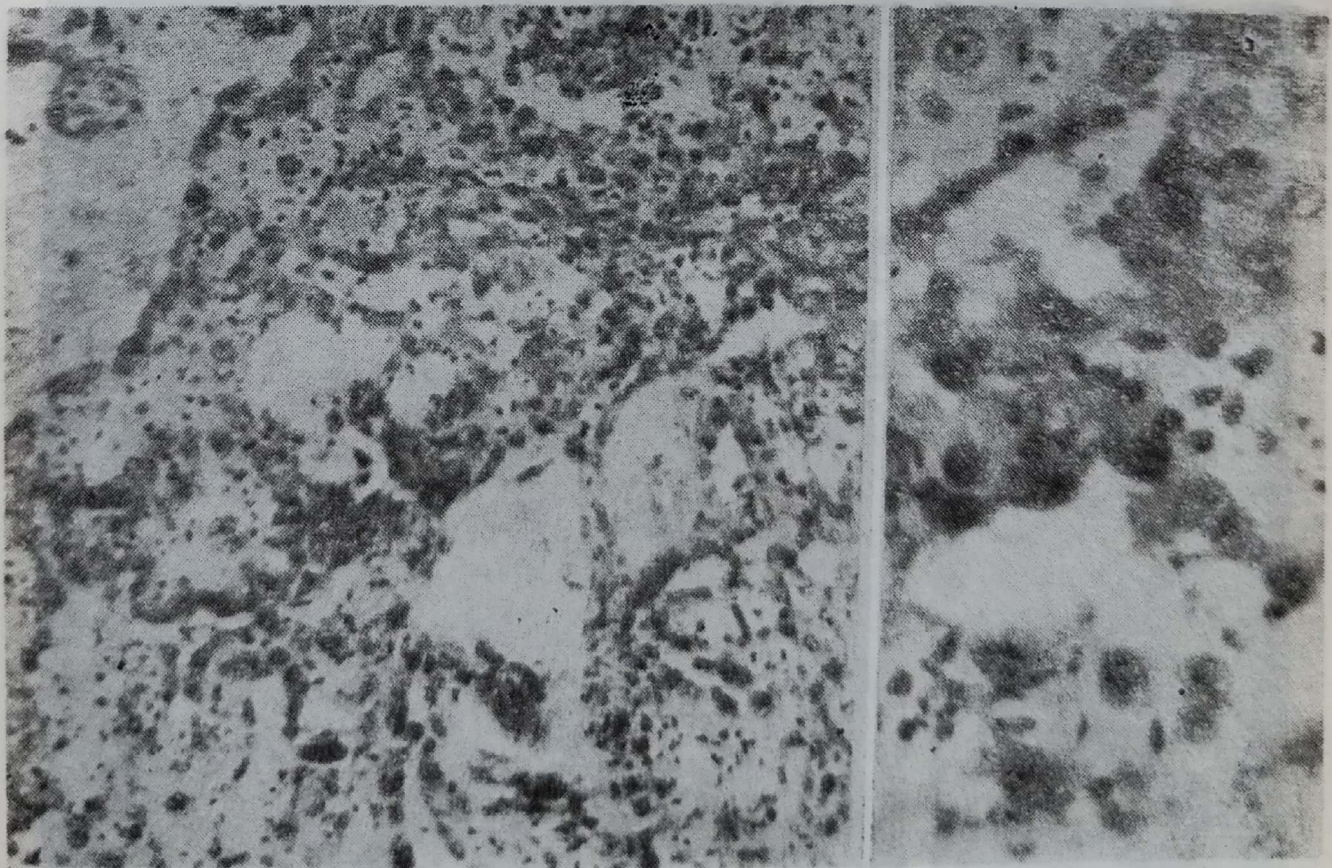


Fig. 128 - x 100, H. E. Hemangioendoteliom malign (angiosarcom)

Fig. 129 - x 200, H. E. Angiosarcom



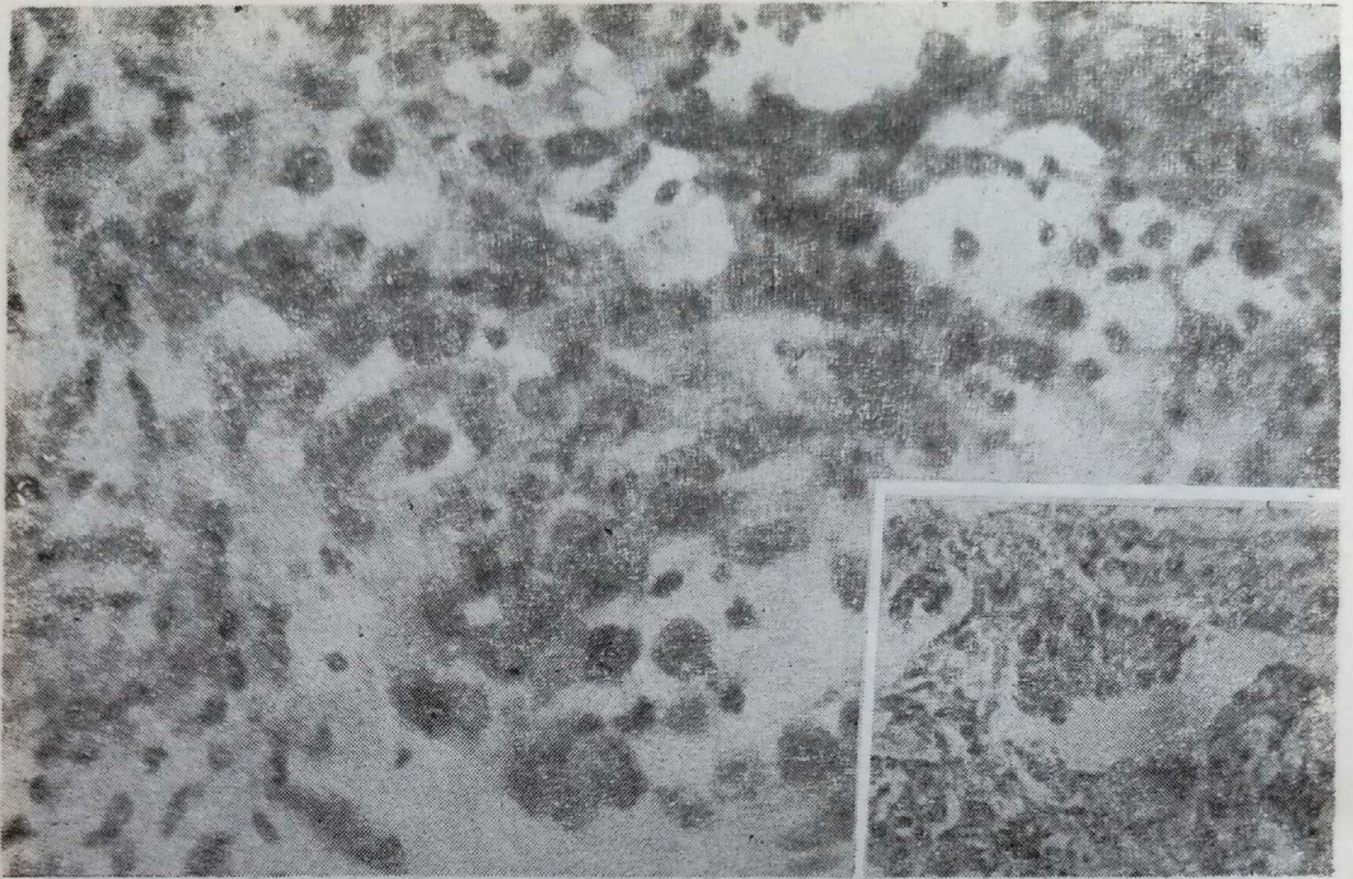


Fig. 130 — x 100, x 200, H. E. Hemangioendoteliom malign
(angiosarcom)

Fig. 130 — x 100, x 200, H. E. Hemangioendoteliom malign (angiosarcom)

Fig. 131 — x 100, H. E. Hemangiopericitom malign



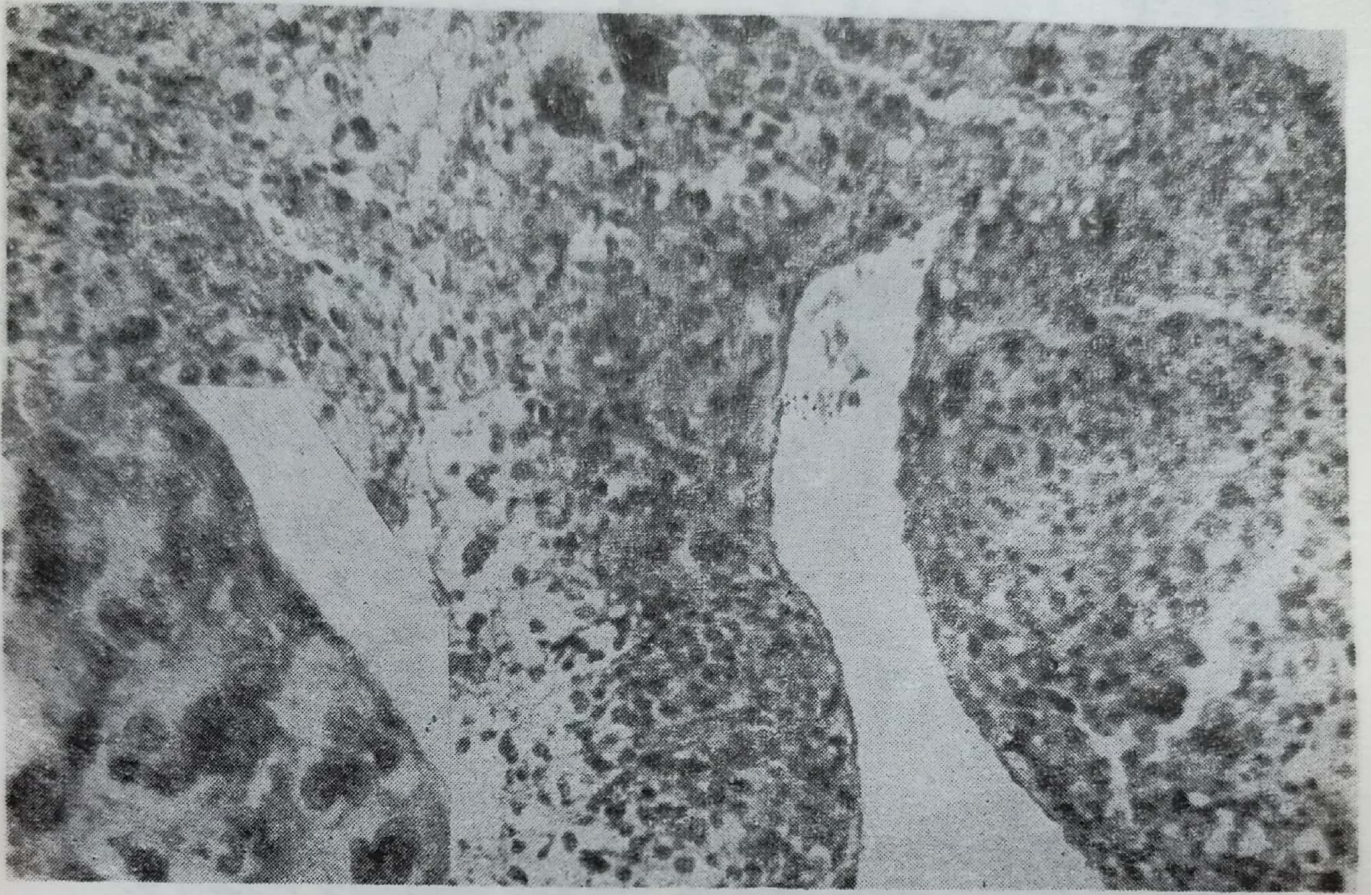
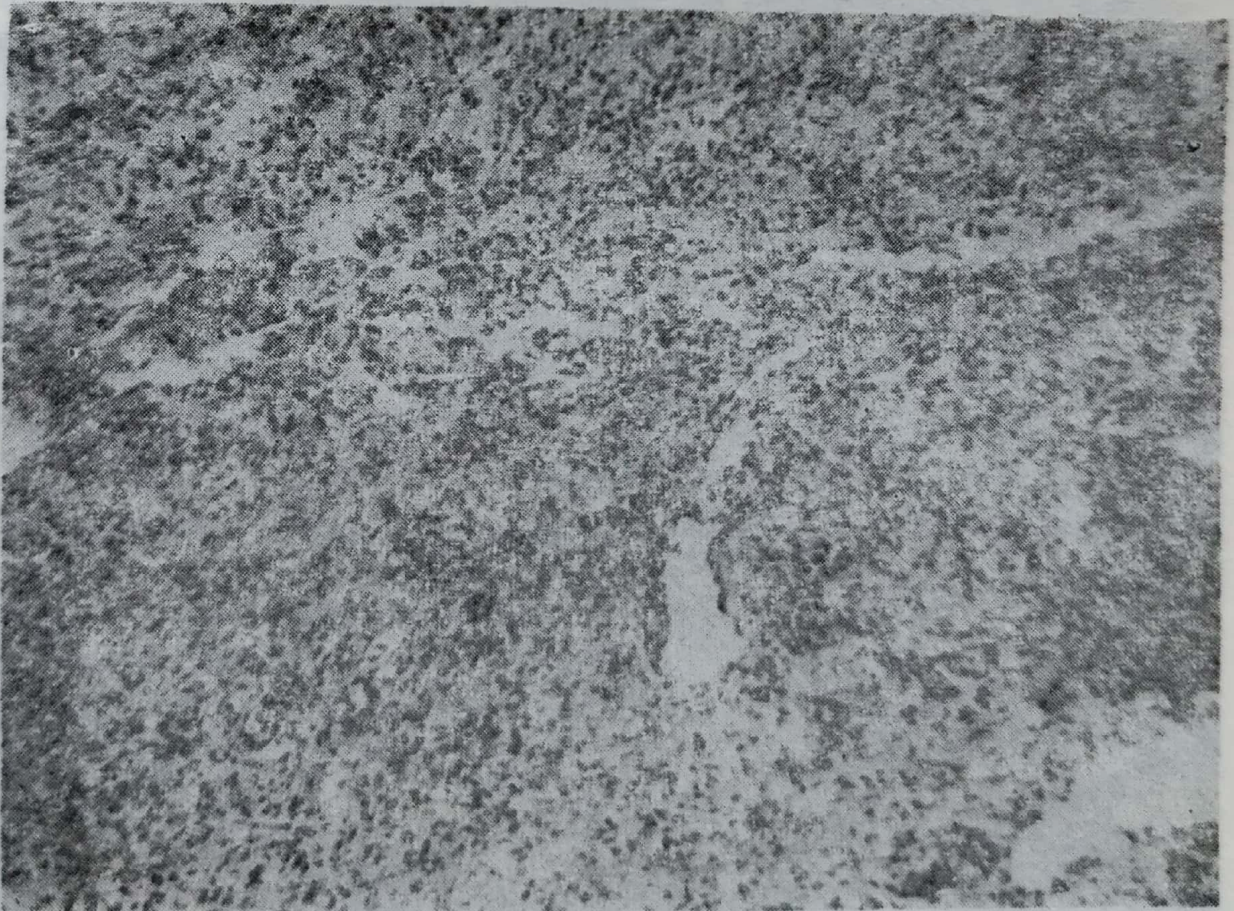


Fig. 132 — x 100, x 200, H. E. Hemangiopericytoma malign

Fig. 133 — x 200, H. E. Sarcom Kaposi



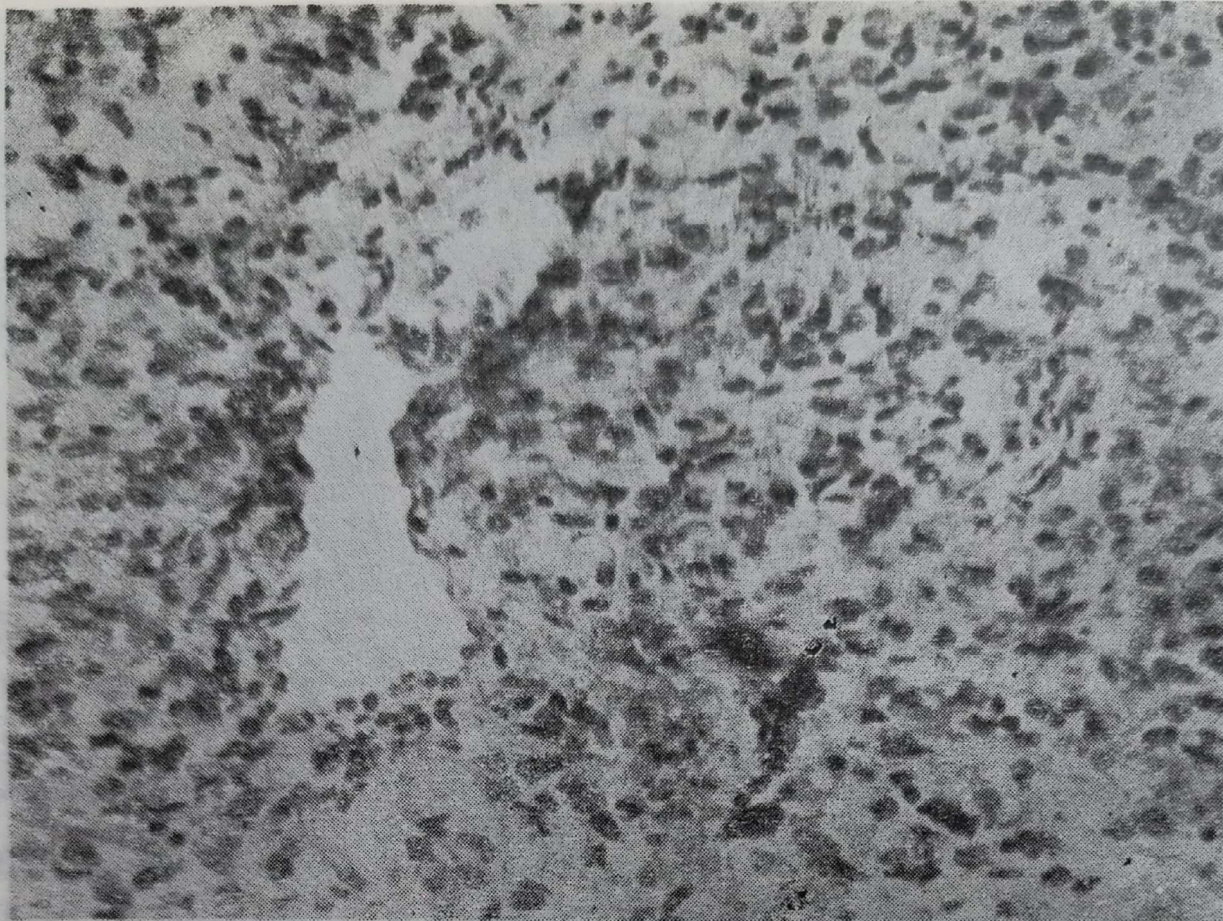
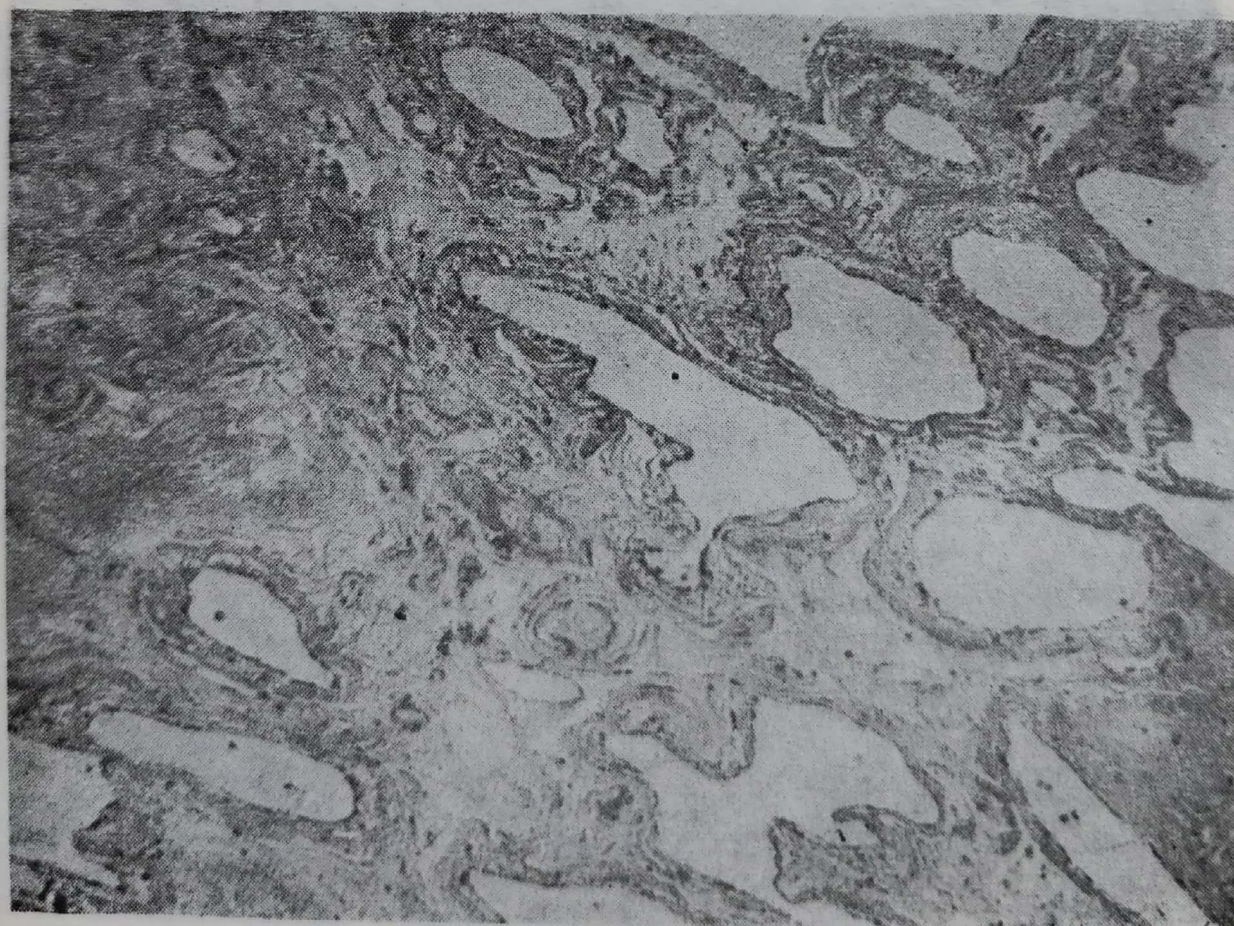


Fig. 134 — x 200, H. E. Sarcom Kaposi (detaliu)

Fig. 135 — x 100, H. E. Limfangiom



XIV - XV

TUMORILE APARATULUI RESPIRATOR

(Pulmon, pleură)

BÂRSU MARINA ȘTEFANA

CLASIFICAREA PE STADII CLINICE A TUMORILOR MALIGNNE PRIMARE BRONHO-PULMONARE

Institutul Oncologic, București, 1960

Se propune următoarea clasificare pe stadii clinice în tumorile maligne bronho-pulmonare cu localizare centrală (hilară) :

Stadiul I :

- tumoră limitată la una sau mai multe bronhii segmentare ale unui lob, fără a interesa toate bronhiile segmentare ale lobului respectiv (**T₁ bronhoscopic**) sau atelectazie segmentară (**T₁ radiologic**) ;
- adenopatie regională neaccesibilă și nevizibilă (**N_x**) ;
- fără metastaze la distanță (**M₀**).

Stadiul II :

- tumoră extinsă la toate bronhiile segmentare ale unui lob (**T₂ bronhoscopic**) sau tumoră a unei bronhii lobare (**T₂ bronhoscopic**) sau atelectazie lobară, limitată la un singur lob pulmonar (**T₂ radiologic**) ;
- adenopatie regională neaccesibilă și nevizibilă (**N_x**) ;
- fără metastaze la distanță (**M₀**).

Stadiul III :

- tumoră care interesează mai mult decât o bronhie lobară (**T₃ bronhoscopie**) sau tumoră a bronhiei primitive, situată însă la distanță de bifurcarea traheei (**T₃ bronhoscopic**) sau atelectazie, care interesează doi lobi pulmonari sau pulmonul în totalitate (**T₃ radiologic**) ;
- adenopatie neaccesibilă și nevizibilă (**N_x**) ;
- fără metastaze la distanță (**M₀**).

Stadiul IV :

- tumoră a bronhiei segmentare, lobare sau a bronhiei primitive situată însă la distanță de bifurcarea traheei (T_1-T_3 **bronhoscopic**) sau atelectazie segmentară, unilobară a doi lobi sau a pulmonului în totalitate (T_1-T_3 **radiologic**) ;
- adenopatie regională vizibilă radiologic sau manifestată prin semne clinice sau endoscopice indirecte (N_1) ;
- fără metastaze la distanță (M_0) ;
sau
- tumoră a bronhiei primitive, care atinge bifurcarea traheei (T_4 **bronhoscopic**) sau tumoră, care invadează organele și formațiunile anatomice vecine (T_4) ;
- indiferent de starea adenopatiei regionale (N_x-N_1) ;
- fără metastaze la distanță (M_0) ;
sau
- prezența metastazelor la distanță (M), indiferent de starea tumorii (T_1-T_4) sau a adenopatiei regionale (N_x-N_1).

2. Se propune următoarea clasificare pe stadii clinice în tumorile maligne bronho-pulmonare cu localizare periferică :

Stadiul I :

- tumoră situată în mijlocul unui lob pulmonar și înconjurată de parenhim normal (T_1) ;
- adenopatie regională neaccesibilă și nevizibilă (N_x) ;
- fără metastaze la distanță (M_0).

Stadiul II :

- tumoră care atinge limitele unui lob pulmonar (T_2), sau tumoră extinsă la un întreg lob pulmonar (T_2) ;
- adenopatie regională neaccesibilă și nevizibilă (N_x) ;
- fără metastaze la distanță (M_0).

Stadiul III :

- tumoră care depășește un lob pulmonar extinzându-se și la un lob vecin, dar limitată la pulmon (T_3) ;
- adenopatie regională neaccesibilă și nevizibilă (N_x) ;
- fără metastaze la distanță (M_0).

Stadiul IV :

- tumoră, indiferent de extensia în pulmon, fără a invada organele și formațiunile anatomice vecine (T_1-T_3) ;
 - adenopatie regională vizibilă radiologic sau manifestată prin semne clinice sau endoscopice indirecte (N_1) ;
 - fără metastaze la distanță (M_0).
- sau
- tumoră care invadează organele și formațiunile anatomice vecine (T_4) ;
 - indiferent de starea adenopatiei regionale (N_x-N_1) ;
 - fără metastaze la distanță (M_0).
- sau
- prezența metastazelor la distanță (M), oricare ar fi starea tumorii (T_1-T_4) sau a adenopatiei regionale (N_x-N_1).

Gruparea pe stadii clinice

Cele patru stadii clinice în tumorile maligne bronho-pulmonare, cu localizare centrală (hilară) sau periferică, sint alcătuite din simbolurile **TNM**, după cum urmează :

Stadiul I : $T_1 N_x M_0$

Stadiul II : $T_2 N_x M_0$

Stadiul III : $T_3 N_x M_0$

Stadiul IV : $T_1 N_1 M_0$

$T_2 N_1 M_0$

$T_3 N_1 M_0$

$T_4 N_x - N_1 M_0$

$T N + M$

C. Cărpinișan, S. Pineles, București, 1960.

XIV. – CLASIFICAREA TUMORILOR BENIGNE BRONHO-PULMONARE (prin coordonarea datelor existente)

A. – TUMORI BENIGNE

1. tumori epiteliale

- adenomul bronșic papilomul bronșic
- tumori conjunctive
- fibromul lipomul, condromul, leiomiomul, mioblastomul benign, angioame (capilar, cavernos, pericitom, endoteliom), lipomixom.

3. tumori nervoase

4. tumori disembrioplazice (teratom, hamartom)

TIPURI HISTOLOGICE A TUMORILOR PULMONULUI
Organisation Mondiale de la Santé, Geneva, 1967

B. – TUMORI BENIGNE SIMULIND TUMORI MALIGNE

- a. – hemangiomul sclerozant
- b. – granulomul cu plasmocite
- c. – pseudolinfomul

C. – TUMORI MALIGNE

- a. – Carcinoame epidermoide
- b. – Carcinoame anaplazice cu celule mici
 - tipul cu celule fuziforme
 - tipul cu celule poligonale
 - tipul cu celule limfocitare (în bob de ovăz)
 - altele
- c. – Adenocarcinoame
 - bronșice acinoase cu sau fără formare de mucină, papilare,
 - bronșiolo-alveolare
- d. – Carcinoame cu celule mari
 - tumori compacte cu conținut mucoid
 - tumori compacte fără conținut mucoid

- carcinoame cu celule gigante
 - carcinoame cu celule clare
 - e. – Carcinoame compuse (epidermoide și adenocarcinoame)
 - f. – Carcinoide bronșice
 - g. – Tumori ale bronhiilor mari
 - cilindroame
 - tumori muco-epidermoide
 - altele
 - h. – Tumori papilare ale epiteliului de suprafață
 - epidermoide
 - papilare cu celule caliciforme
 - altele
 - i. – Tumori mixte și carcino-sarcoame
 - tumori mixte
 - carcino-sarcoame de tip embrionar, (blastoame)
 - altele
 - j. – Sarcoame
 - k. – Tumori neclasificate (tumoră mio-epitelială – n.a.)
 - Mezotelioame difuze
 - localizate
 - m. – Melanoame
- D. – TUMORI SECUNDARE** (n. a.)
- E. – LEZIUNI PSEUDOTUMORALE** (n. a.)
- a. – granulomul eozinofil
 - b. – pneumopatii cronice pseudotumorale
 - c. – pseudotumora xantomatoasă (xantomul)

L. Kreyberg, A. A. Leibow, E. A. Vehlinger, 1967, Geneva; n. a. completări personale.

XIV. A. – Tumori primitive benigne

Generalități

Localizare : a. parieto-bronșică (bronșii mari, lobare, segmentare); b. parenchimatoasă.

Date clinice : formele bronșice pot determina un sindrom de obstrucție bronșică, cu consecințe asupra parenhimului tribu-

tar ; formele parenhimatoase evoluează mult timp asimptomatic.

Diagnostic : în formele bronșice, metodele endoscopice și prelevările bioptice permit studiul macro-microscopic al tumorilor. În formele parenhimatoase, tumorile fiind inaccesibile endoscopiei, diagnosticul este precizat adesea de către examenul radiologic. În plus, tomografia poate detecta eventuale pensări bronșice, bronhografia poate da aspectele de „obstacol“, angiopneumografia, scintigrafia, angiografia, bronhospimetria și examenul citologic al sputei pot contribui la precizarea diagnosticului.

XIV. A. 1. — Tumori benigne epiteliale

A. 1. a. — ADENOMUL BRONȘIC

Frecvență : adenomul bronșic reprezintă 5% din tumorile pulmonare primitive (Diaconiță, 1969).

Localizare și date clinice : tumora se localizează cu predilecție în bronhiile principale ; este predominantă la sexul feminin în deceniile 3—4 de viață.

Macroscopie : de mărime variabilă (de la un bob de mei la un ou de porumbel), adenomul bronșic este delimitat de o capsulă conjunctivă și se poate dezvolta endo și peribronșic.

Microscopie : tumora este o hiperplazie cu caracter adenomatos a glandelor bronșice de tip mucos ; diagnosticul histopatologic nu este dificil, deși, uneori, el poate ascunde un carcinoid, un cilindrom sau un carcinom mucoepidermoid (Stojanovic și col., 1968).

Evoluție : prognosticul este în funcție de localizare și dimensiuni ; evoluția postoperatorie este favorabilă.

Gh. Diaconiță — Morfologia normală și patologică, 1969, 5, 39.

V. Stojanovic, A. Markovic, M. Djordjevic — Le Poumon et le Coeur, 1968, 24, 7, 797.

A. 1. b. – PAPILOMUL BRONȘIC

Frecvență : tumoră frecventă.

Localizare și date clinice : tumora este, de obicei, multiplă, cu localizare de predilecție pe bronhiile mari, adesea asociată cu neoformări similare pe trahee și laringe. Simptomatologia obișnuită este determinată de obstrucția bronșică pe care tumora o determină.

Macroscopie : tumoră papilară endobronșică, unică sau multiplă, pediculată sau sesilă, acoperită cu epiteliu de tip respirator.

Microscopie : excrescențe papilare ale mucoasei respiratorii cu ax conjunctivo-vascular central. Diagnosticul diferențial se face cu papilomul inflamator din vecinătatea fistulelor ganglio-bronșice de natură bacilară.

Evoluție : prognostic imprevizibil. multe din aceste papiloame se dovedesc (histologic) a fi carcinoame papilare. Evoluția formelor benigne este îndelungată și capricioasă (recidive, transformare malignă).

J. M. Drennau, A. C. Douglas – J. Clin. Path., 1965, 18, 401.

A. 2. – Tumori benigne conjunctive

A. 2. a. – FIBROMUL BRONHO-PULMONAR

Frecvență : 9% din totalul tumorilor benigne bronho-pulmonare (Lindgren, cit. Nasta și col., 1961).

Localizare : tumora poate fi prezentă endobronșic sau intraparenhimatos, cel mai adesea în lobii inferiori și mijlocii pulmonari. Se citează și un caz de fibrom peribronșic.

Macroscopie : fibromul este, de obicei, un nodul alb-sidefiu cu suprafața netedă sau ușor denivelată, cu aspect de vârtejuri pe fața de secțiune, de consistență fermă. Tumora este unică sau multiplă, încapsulată, ușor pediculată în cazul localizării endobronșice și de mărimi variabile (de la câteva grame până la 2 000 de grame (Cărpinișan, cit. Nasta și col., 1961). Uneori, ea

prezintă depuneri calcare, zone mixomatoase, cavități chistice sau/și zone de osificare.

Microscopie : aspectele microscopice sînt asemănătoare aceloră din alte localizări, cu deosebirea că tumora este mai vascularizată și edemul interstițial este mai accentuat.

Evoluție : prognostic favorabil.

A. 2. b. – LIPOMUL BRONȘIC

Frecvență : locul al 3-lea între tumorile conjunctive benigne intrabronșice, 15 cazuri publicate pînă în 1955.

Localizare : mai frecvent la sexul masculin, lipomul se localizează de preferință în bronhiile mari, mai ales în pulmonul stîng. El poate avea aspect de bisac, exo și endobronșic.

Macroscopie : tumora este de dimensiuni variabile, rotundă sau lobulată, sesilă sau pediculată, de culoare gălbuie, de consistență elastică, strict intrabronșică sau în „iceberg”. Pe secțiune, apare încapsulată, rareori compartimentată prin travee fibroase.

Microscopie : structuri de țesut gras adult și septuri conjunctive.

Evoluție : prognostic bun.

A. 2. c. – CONDROMUL BRONHO-PULMONAR

Frecvență : discutabilă ; după unii, condromul ar fi cea mai frecventă tumoră benignă pulmonară (Rovnova, cit. Nasta, 1961) ; după alții, ar fi fost descrise pînă în 1950 numai 78 de condroame benigne bronho-pulmonare (Rochberg și Pernikoff, cit. Nasta, 1961). Condromul nu trebuie confundat cu hamartomul bronho-pulmonar, care, în afara țesutului cartilaginos, mai conține și alte structuri (Bateson, 1970).

Localizare și date clinice : tumora este foarte rar semnalată în copilărie, la adult este prezentă între a 4—5-a decadă de viață, nu are preferință de sex, este mai frecventă în lobii inferiori, intraparenhimatos (subpleural sau peribronșic) și mai rar endobronșic (cînd se numește encondrom). Se citează și o formă de encondrom multiplu (traheo-bronhopatie condroplastică),

reprezentată prin tumorete cartilaginoase multiple situate endotraheal și endobronșic, provenite prin metaplazia cartilaginoasă post inflamatorie a țesutului conjunctiv (mai frecventă la vechii tușitori).

Macroscopie : în localizarea parenhimatoasă, condromul poate fi unic, rar multiplu, sub forma unor mase rotunde sau boscuate, ferme, încapsulate, comprimând țesutul alveolar din jur. În localizarea bronșică, tumora apare nodulară, sferică sau ca o îngroșare difuză, cu suprafața netedă sau lobulată, dură sau mixomatoasă, alb-sidefie pe secțiune și cu zone mixoide, moi.

Microscopie : neoformațiunea este alcătuită din țesut cartilaginos de tip hialin și elastic, septat prin fibre elastice și benzi fibro-conjunctivo-vasculare, rareori cu depuneri de calciu sau cu metaplazii osoase. În forma de encondrom multiplu, micro-nodulii cartilaginoși sînt acoperiți cu un epiteliu cilindric stratificat uneori cu metaplazie epidermoidă.

Evoluție : îndelungată, prognostic bun.

E. M. Bateson — J. Path., 1970, 101, 2, 77.

A. 2. d. — LEIOMIOMUL BRONHO-PULMONAR

Frecvență : 22 de cazuri publicate, din care 4 evoluind la copil (Kissane, 1975).

Localizare : endobronșică sau intraparenhimatoasă, indiferent de pulmon sau de lob.

Macroscopie : de dimensiuni variabile, unică sau multiplă, tumora endobronșică poate apare sub forma unui nodul sesil, ferm, neted, eventual inserat între cartilajele bronșice, cu dezvoltare endo și peribronșică ; în localizarea parenhimatoasă tumora este netedă, încapsulată. Pe suprafața de secțiune, ambele forme tumorale au aspect de noduli galben-roșietici, cu dispoziție în vârtejuri.

Microscopie : proliferări de țesut muscular neted fără mitoze, cu stromă colagenă. Diagnosticul diferențial se face cu fibromul, neurinomul (colorația Van Gieson) și cu hamartomul (care conține și altfel de structuri).

Evoluție : lentă, prognostic bun.

A. 2. c. — MIOBLASTOMUL BENIGN BRONȘIC

Frecvență : 23 de cazuri publicate pînă în 1972.

Sinonime : tumoră cu celule granuloase, mioblastom cu celule granulare, tumora lui Abricosov.

Localizare și date clinice : tumoră benignă, cu evoluție locală, fără manifestări clinice, biologice sau radiologice, asociată adesea cu alte localizări : buco-linguale, cutanate sau ginecologice.

Macroscopie : tumoră polipodă, seșilă sau pediculată, alb-roșietică, obstruind mai mult sau mai puțin lumenul bronșic.

Microscopie : tumora este alcătuită din plaje și travee de celule mari, ovale, rotunde, poligonale sau alungite, cu citoplasma eozinofilă, cu numeroase granulații ; nucleii sînt mari, cu nucleoli, proeminenți, fără mitoze. Mucoasa suprajacentă poate prezenta o îngroșare papilomatoasă.

Evoluție : prognostic bun (vezi descrierea completă în localizarea digestivă și urinară).

W. E. Ostermiller, T. P. Comer, W. L. Barker — Ann. Thorac. Surg., 1970, 9, 143.

J. J. Poulet, J. Cocheton, L. Tourez, M. Almosini — Sem. Hop., 1972, 48/50, 3325.

A. 2. f. — ANGIOMUL PULMONAR

Frecvență : tumoră foarte rară (1 : 240.000 bolnavi examinați pe o perioadă de 20 de ani — Adams și col., cit. Nasta și col., 1961).

Angiomul pulmonar se prezintă sub următoarele aspecte :

— **HEMANGIOMUL CAPILAR**, formă foarte rară, în care tumora este roșietică, încapsulată, de dimensiuni variabile, de consistență fermă. Histopatologic, tumora are același aspect ca și în alte localizări, cu specificarea că stroma este mai redusă și, uneori, hialinizată ;

— **HEMANGIOMUL CAVERNOS** : fără preferință de sex, pare să fie mai frecventă în a 2—3-a decadă de viață. Tumora poate fi unică sau multiplă, localizată subpleural sau în plin

parenchim pulmonar, mai frecventă în lobii inferiori. Se caracterizează prin prezența de cavități vasculare lărgite, de cele mai multe ori cu trombi organizați, depozite de hemosiderină și calcificări interstițiale. În zonele peritumorale parenchimul este atelectatic, emfizematos, cu infiltrate inflamatorii cronice și dilatații bronșice.

Evoluția hemangiomului cavernos este dependentă de complicațiile ce pot interveni: hemoptizii, hemotorax, mobilizarea trombilor sau dezvoltarea cu procese septice în peretele vaselor neoformate, hipoxie cu policitemie (prin scurt circuitare sanghină), cianoză periferică, dispnee, hipocratism digital, manifestări nervoase;

— HEMANGIOPERICITOMUL este o tumoră vasculară excepțională la acest nivel, asemănătoare macro și microscopic cu aceeași tumoră din alte localizări;

— HEMANGIOENDOTELIOMUL BENIGN: se cunosc 4 cazuri publicate. Tumora este încapsulată. Ca aspect microscopic, ea este alcătuită din cuiburi tumorale proeminente în lumenul vaselor.

A. Kennedy — J. Clin. Path., 1973, 26/10, 792.

XIV. A. 3. — Tumori nervoase

Frecvență: 32 de cazuri publicate pînă în 1970 (Coury și col., 1973).

Localizare și date clinice: localizările semnalate sînt hilul pulmonar (sau în vecinătate) și parenchimul respirator. Formele intrapulmonare evoluează asimptomatic și se manifestă numai cînt infiltrează obliterant bronhia (tuse, expectorație, dureri, febră).

Macroscopie: formațiuni nodulare, unice sau multiple, de dimensiuni reduse, încapsulate, de consistență fermă.

Microscopie: în general este vorba de un neurinom sau de un neurofibrom. În cazul unor imagini apropiate de un fibrom moale, diagnosticul se stabilește pe baza dispoziției în pali-

sadă a nucleilor, aspectelor de vîrtej a fibrelor, formațiunilor de tip Verocay și granulațiilor π ale lui Reich.

Neurofibromatoza generalizată Recklinghausen poate avea în 15% dintre cazuri localizare endotoracică pleuro-pulmonară.

Evoluție: prognostic în general bun, cu sublinierea că în 5% din cazuri se semnalează transformarea malignă a tumorii.

Ch. Coury, F. Delepierre, P. Bickert — *Le Poumon et le Coeur*, 1973, 29, 2.

W. M. Oosterwijk, J. Swierenga — *Le Poumon et le Coeur*, 1970, 26, 5.

C. Voisin, V. Macquet, F. Wattel, P. Mahieu, M. Leduc, M. Jacob — *Lille Med.*, 1964, 9, 1000.

XIV. A. 4. — Tumori disembrioplazice

Generalități: tumorile disembrioplazice reprezintă 24—40% din totalul tumorilor benigne bronho-pulmonare.

Sinonime: disembrioame.

Localizare și date clinice: aceste tumori se întîlnesc la toate vîrstele (cu o frecvență crescută între 15—30 de ani), sînt sesizabile mai ales în formele intrabronșice și sînt, de obicei, mute în formele intraparenhimatoase, cînd sînt detectate strict radiologic.

Clasificare: în grupul tumorilor disembrioplazice sînt incluse:

a. TERATOAMELE (disembrioame heteroplazice) formate din:

chistul dermoid

teratomul solid — alcătuite din structuri diferite de cele ale țesutului sau organului în care sînt găzduite;

b. HAMARTOAMELE (disembrioame homoplazice) cu forme:

— circumscrișă

— difuză — sînt alcătuite dintr-un amestec de constituenți tisulari normali, aparținînd organului în care tumora se dezvoltă, constituenți care au însă dispoziție anormală.

Teratoamele bronho-pulmonare

Frecvență: 37% din totalul exerezelor (Diaconiță, 1969), sînt rar primitive, frecvent secundare, provenite din mediastin și invadînd ulterior pulmonul.

Chistul dermoid este teratomul cel mai frecvent.

Macroscopie : tumoră voluminoasă, bine delimitată sau cu numeroase aderente, uni sau pluriloculară, conținând un lichid mucos, gălbui sau brun șocolatiu, bogat în grăsimi.

Microscopie : peretele chistului este căptușit de un epiteliu pluristratificat, pavimentos sau cilindric sau de tip bronșic, unistratificat ; în grosimea sa se găsesc formațiuni dentare, fibre musculare striate, glande, cartilaj, os.

Evoluție : prognostic bun ; totuși sînt citate cîteva cazuri de transformare sarcomatoasă perichistică (Jores, cit. Nasta, 1961).

Teratomul solid

Tumora este alcătuită din țesuturi și formațiuni organoide ca : glande salivare, țesut pancreatic, formațiuni limfoide, neuro-epitelii, fibre musculare striate cu aspect de rabdomiom, foliuli tiroidieni, țesut timic cu corpusculi Hassal, microchisturi tapetate de un epiteliu cubic sau cilindric ciliat. Teratomul solid are, în general, un prognostic bun. Extrem de rar, se citează transformarea malignă a tumorii (teratoblastom) (Pound și col., 1969).

Hamartoamele bronho-pulmonare

Frecvență : 1,25% din totalul exerezelor pulmonare (Diaconiță, 1969). Mai frecvent întîlnit la sexul masculin, prezintă următoarele forme :

a. hamartomul circumscriș (de tip adult)

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. intrapulmonar | } solid
} chistic |
| 2. endobronșic | |

b. hamartomul difuz (la făt, nou născut sau în copilărie).

Hamartomul circumscriș intrapulmonar solid

Macroscopie : tumoră (de obicei) încapsulată, fermă, netedă, sau lobulată, compactă pe suprafața de secțiune și alcătuită din diverse țesuturi normale dispuse anormal.

Microscopie : în constituția tumorii se pot observa : structuri condroide, angiomatoase, musculare netede, țesut gras, mixoid,

mai rar foliculi limfoizi, calcificări, osificări, chisturi provenite din structuri bronșice sau prin lichefierea țesutului pulmonar și tapetate de un epiteliu de tip respirator. Forma cu predominanța țesutului cartilaginos se întâlnește în 3—10% din totalul hamartocondroamelor din organism (J. Le Melletier, 1974).

Hamartomul circumscris intrapulmonar chistic se deosebește de prima formă, prin predominanța chisturilor căptușite de un epiteliu cubic sau cilindric simplu sau stratificat, structurile compacte fiind mai reduse numeric.

Hamartomul circumscris endobronșic

Macroscopie : tumoră pediculată sau sesilă, boselată, proeminentă în lumenul bronșic.

Microscopie : tumora este asemănătoare cu forma intrapulmonară, cu deosebirea că structurile osoase și pseudoglandulare lipsesc, iar infiltratele inflamatorii sînt mai bogate. Neoformațiunea este acoperită de un epiteliu cilindric normal sau cu metaplazie epidermoidă. Sînt semnalate cazuri de asociere cu tuberculoza, osteomul, carcinomul bronșic.

Evoluție : prognostic dictat de localizare (obstrucții bronșice, bronșectazii, supurații bronho-pulmonare).

HAMARTOMUL DIFUZ este întilnit mai rar decît în forma circumscrisă.

Macroscopie : tumoră neîncapsulată afectînd mare parte dintr-un lob sau dintr-un pulmon ; pe secțiune prezintă aspect de fagure de miere cu cavități de diverse dimensiuni.

Microscopie : tumora este alcătuită dintr-un țesut fibro-conjunctivo-vascular, cu insule cartilaginoase și țesut gras și cu numeroase „lumene” tapetate de un epiteliu de tip bronșic.

Evoluție : prognostic favorabil, malignizare excepțională.

Gh. Diaconiță — Le Poumon et le Coeur, 1969, 25, 8, 908.

J. Le Melletier, P. Verdoux, C. Gaume-David — Le Poumon et le Coeur, 1974, 30, 6, 431.

A. W. Pound, R. A. Willis — J. Path., 1969, 98, 2, 111.

XIV. B. – Tumori primitive benigne simulînd tumori maligne

B. a. – HEMANGIOMUL SCLEROZANT

(histiocitom, xantogranulom, xantom fibros).
Tumora apare sub forma unor mase solitare, circumscrise, constituite (microscopic) dintr-un țesut fibros bine diferențiat, infiltrat cu limfocite, plasmocite, histiocite (cu vacuole de fosfolipide și cu cristali de colesterol), hemosiderină, hemoragii și calcificări. Aceste formațiuni nodulare mai cuprind proliferări vasculare (pseudoangiomatoase), căptușite de un endoteliu. Uneori, toți acești constituenți creează proliferări pseudo-papilare cu invazia spațiilor aeriene din zonele distale pulmonare; proliferările sînt acoperite de un epiteliu, atipic, metaplazic.

Al. Eskenasy – Le Poumon et le Coeur, 1970, 26, 3, 238.

A. Kennedy – J. Clin. Path., 1973, 26/10, 792.

K. W. Walton, C. Thomas, D. Dunningley – J. Path., 1973, 109, 4, 271.

B. b. – GRANULOMUL CU PLASMOCITE

Frecvență: 14 cazuri raportate pînă în 1962.

Sinonime: granulomul plasmocitar.

Date clinice: a fost confundat cu mielomul, dar se deosebește de acesta prin absența infiltrației mielomatoase a măduvei osoase și prin lipsa modificărilor metabolismului proteic.

Macroscopie: tumoră bine circumscrisă, neîncapsulată, înconjurată de țesut pulmonar condensat și de travee conjunctive, care delimitează tumora în lobi.

Microscopie: neoformațiunea este alcătuită din plasmocite mature dispuse într-o stromă fibroblastică în care se pot găsi celule xantice, limfocite, macrofage, necroze și hialinizări și, uneori, amiloid.

Diagnosticul diferențial se face cu boala Kahler (în care sînt prezente celule plasmocitare cu atipii și mitoze).

Evoluție : prognostic bun.

B. c. – PSEUDOLIMFOMUL BRONHO-PULMONAR

Microscopie : aglomerări de celule limfoide mature cu organizare de centri germinativi. Nu sînt criterii precise pentru diferențierea pseudolinfomului de limfomul malign adevărat al pulmonului.

Evoluție : prognosticul bun este condiționat de :

- prezența și a altor celule decît limfocitele ;
- prezența unei substanțe pseudoamiloide ;
- lipsa modificărilor histopatologice în limfoganglionii regionali.

XIV. C. – Tumori primitive maligne

C. a. – CARCINOAME EPIDERMOIDE

Frecvență : 90% din tumorile bronho-pulmonare sînt carcinome ; dintre acestea, carcinomul epidermoid a fost întîlnit în 14% pe material necroptic și în 54% pe material operator (Evans, 1968). În general, această formă reprezintă 50% din neoplaziile bronșice (Nasta, 1961).

Sinonime : carcinom cu celule plate, carcinom cu celule squamoase, carcinom cu celule pavimentoase, carcinom malpighian.

Localizare și date clinice : tumora este întîlnită mai ales după 50 de ani, predominant la sexul masculin ($B:F = 17-23:1$), cu localizare predilectă pe bronhia sușă, lobară, segmentară sau careful bronșic. În cazurile cu obstrucție bronșică, simptomatologia se rezumă la : tulburări de ventilație, atelectazii, focare inflamatorii de diverse intensități, cu evoluție pînă la abces sau gangrenă paratumoral.

Macroscopie : în 52% din cazuri tumora are dimensiuni reduse (Delarue, 1969) și diverse aspecte :

— în formele pur endobronșice ea apare ca burjoni duri sau friabili (simulînd papiloame benigne), eventual ulcerate ;
 — în formele endo și peribronșice (în „iceberg“) tumora apare fie ca o proeminență între două piese cartilaginoase, fie infiltrînd circumferința inelar (tumori inelare) sau parțial (tumori în curcubeu), cu extindere către mediastin sau pulmon. În 36% din cazuri ea evoluează sub formă masivă, escavată, ocupînd o mare parte dintr-un lob sau un lob întreg, la capătul unui pedicol bronșic care este infiltrat neoplazic. Suprafața de secțiune are aspect marmorat (zone albicioase, antracotice, hemoragice), cu pierderi de substanță cu pereți anfractuoși, cu conținut brun sau puriform ; în mod excepțional, se observă chisturi cu pereți netezi. Foarte rar, tumora are aspect rotund, masiv, omogen, cu localizare periferică.

Microscopie : se descriu următoarele aspecte microscopice :

a. **CARCINOM EPIDERMOID FORMĂ DIFERENȚIATĂ :** mozaic de celule poligonale, cu limite nete, uneori, cu o membrană vizibilă (celule „în manta“), cu sau fără imagini de „punți intercelulare“, cu sau fără imagini keratozice, (orto, para, diskeratozice) ;

b. **CARCINOM EPIDERMOID FORMĂ PUȚIN DIFERENȚIATĂ :** plaje sau travee largi de celule ovalare sau poliedrice, cu limite imprecise, fără „perle“ epiteliale, fără „punți“ intercelulare sau cu „punți“ imperfecte și cu dispoziția celulelor în vârtejuri, simulînd perle cornoase abortive.

Diagnosticul diferențial cu carcinomul nediferențiat macrocelular este uneori necesar. Formele de carcinom a și b pot fi asociate, prezentînd fie blocuri keratozice, fie zone de necroză cu resturi de keratină.

c. **FORME PARTICULARE de carcinom epidermoid (Delarue):**

- cu diferențiere adamantină
- pseudosarcomatoase
- cu celule clare
- formă epidermoidă papilară ; vor fi detaliate la paragrafele respective după clasificarea O.M.S.

Carcinomul epidermoid poate coexista cu adenocarcinomul sau cu carcinomul bronșio-alveolar. Examenul citologic al carcinomului epidermoid evidențiază prezența de perle keratozice și/sau celule tumorale poligonale cu nuclei anaplazici.

Evoluție : prognostic sever, metastaze în ganglionii limfatici regionali, recidive.

C. b. — CARCINOAME ANAPLAZICE CU CELULE MICI

Frecvență : 56—60% din neoplasmele primare pulmonare sînt carcinoame anaplazice cu celule mici.

Localizare și date clinice : tumora este întîlnită în special la sexul masculin (B : F = 14 : 1) (Evans, 1968), la vîrste tinere. În 21% din cazuri, tumora este mediastino-pulmonară, localizată la bifurcația traheii, cu extensie spre bronșii și mediastin. Ca date clinice elementare, se subliniază posibilitatea alterării stării generale înaintea manifestărilor pulmonare. Simptomele comune sînt : tuse rebelă, dureri toracice, hemoptizii, dispnee, pneumopatii recidivante, fenomene de compresiune mediastinală. Uneori, aceste fenomene se pot însoți de sindroame paraneoplazice endocrine, neurologice, reumatoide, etc.

Macroscopie : în 54% din cazuri, această formă de neoplasm apare ca o tumoră masivă, omogenă, rotundă sau policiclică, centrată de o bronșie mare, adesea o bronșie lobară, cu lumen retractat și cu burjoni neoplazici (Delarue, 1969). În 22% din cazuri tumora apare în forme nodulare mici, de dimensiuni variate.

Microscopie : se disting următoarele aspecte histopatologice :

- a. CARCINOM ANAPLAZIC CU CELULE FUZIFORME, în care predomină celulele ascuțite, de talie variabilă, cu citoplasma netă, redusă, nuclei ovalari, cu cromatina în boțuri ; aceste celule sînt, uneori, aranjate în fascicule ;
- b. CARCINOM ANAPLAZIC CU CELULE POLIGONALE, în care celulele sînt dispuse în travee sau grămezi compacte ;
- c. CARCINOM ANAPLAZIC CU CELULE „ÎN BOB DE OVĂZ“.

Frecvență : mai mult de 50% din carcinoamele anaplazice sînt carcinoame cu celule „în bob de ovăz“ (oat cell) ; în statistica lui Evans (1968) 3% din această formă a fost descoperit pe material necropsic și 15,2% pe material operator.

Sinonime : carcinom cu celule mici, limfocitoide.

Localizare și date clinice: tumora este prezentă mai ales la sexul feminin, la vârste tinere (Vidal și col., 1971); în 70% se localizează pe bronșiile mari, în 30% pe bronșiile mici (Evans, 1968).

Macroscopie: tumoră de dimensiuni variabile; este însoțită de fenomenele clinice produse prin obstrucția bronșică.

Microscopie: carcinomul „în bob de ovăz” este format din cîmpuri dense sau cordoane de celule mici, limfocitoide, monomorfe (6—8 microni), cu citoplasma greu vizibilă, cu nucleu intens bazofil, fără atipii sau mitoze. Stroma tumorală este redusă. Aceste celule pot avea uneori dispoziție pseudoglandulară, în rozetă, în manșoane perivascularare, înconjurate de cîmpuri de necroză. Epiteliul bronșic de acoperire poate fi intact sau cu metaplazie malpighiană. După fizio sau chimioterapie, apar plaje necrotice întinse, slab eozinofile, cu contururi celulare și cu resturi nucleare (Ahmed, 1974). La examenul citologic al sputei sînt puse în evidență aglomerări de celule mici, monomorfe, hiperchrome.

Diagnosticul diferențial se impune a fi făcut cu limfomul malign pulmonar (limfosarcomul) și cu unele timoame.

Evoluție: prognostic sever, metastaze precoce, păstrînd sau nu caracterul tumorii primare. Evoluție rapidă, exitus.

Actualmente tumora este inclusă în grupul APUDOAMELOR.

A. Ahmed — J. Path., 1974, 112, 1, 1.

J. Vidal, A. Pages, F. B. Michel, P. Baldet — Le Poumon et le Coeur, 1971, 27, 2, 173.

C. c. — ADENOCARCINOMUL BRONHO-PULMONAR

Frecvență: adenocarcinomul bronho-pulmonar a fost întîlnit în 2% pe material biptic, 10% pe material operator, 28% pe material necropsic (Evans, 1968); el reprezintă 7% din totalul tumorilor pulmonare (Zollinger, 1971); în 37% din cazuri este legat de prezența unei cicatrici.

Sinonime: carcinom glandular, carcinom diferențiat cilindro-cubic de tip glanduliform.

Localizare: tumora poate avea localizare bronșică (formă foarte malignă cu metastaze pe cale sanghină) sau/și bronhoalveolară, cu punct de plecare pe bronhiile foarte mici și cu ten-

dință de creștere pe pereții alveolari (2,5% — 4% din tumorile pulmonare primitive, cu înalt grad de diferențiere).

Date clinice : fără preferință de sex (unii autori susțin predominanța la sexul masculin) ; tumorile sînt mai adesea întîlnite la vîrsta medie.

Macroscopie : în 42% din cazuri, tumora este parenhimatoasă, întinsă, rotundă, situată mai ales periferic. În rest, neoformațiunea mai poate fi masivă, ulcerată. În general ea este net delimitată de țesutul din jur ; confuzia cu neoplasmul pulmonar secundar este posibilă.

Microscopie : se descriu următoarele aspecte :

— **FORME DIFERENȚIATE** : aspect glandular sau tubular, cu celule cilindrice înalte, dispuse pe un singur rînd, cu citoplasma eozinofilă, granulară, cu nucleu hiperchrom, eventual vezicular. Caracterul secretant al celulei nu este obligator ; este necesar *diagnosticul diferențial* cu carcinomul bronhiolo-alveolar ;

— **FORMA SLAB DIFERENȚIATĂ** : tubi glandulari neregulați, cu celule cilindrice, cu citoplasma bazofilă, dispuse pe mai multe rînduri, precum și cu insule de celule cu citoplasma clară sau spumoasă, cu nuclei voluminoși ;

— **formă NEDIFERENȚIATĂ** : travee de celule cubice sau cilindrice, adesea cu aspect glanduliform, dispuse într-o stromă fibroasă, abundentă ;

— **forma PLEOMORFĂ** : la aspectele de mai sus se adaugă structuri acinoase (uneori cu caracter de acini plini) structuri cribriforme (simulînd tumora adeno-chistică), structuri papilare, celule gigante, celule în inel cu pecete, dispuse izolat sau grupate într-o stromă cu sau fără mucină. Se impune colorația pentru mucus ; diagnosticul diferențial cu carcinomul este uneori necesar.

Evoluție : prognostic sever, extensia procesului neoplazic, metastaze precoce.

C. c. — (ADENO) CARCINOAME BRONHIOLO-ALVEOLARE

Frecvență : 2,5 — 4% din tumorile primitive pulmonare.

Sinonime : carcinom alveolo-celular, adenomatoză pulmonară, tumoră primitivă alveolară.

Localizare și date clinice : predominanță la bărbat, mai frecvent la vîrsta medie, tumora este localizată de preferință juxtahilar sau periferic.

Macroscopie : tumoră nodulară, unică sau multiplă, diseminată, cu diametrul de la cîțiva mm. la cîțiva cm., sau de formă „pseudopneumonică” cu mase tumorale conținînd zone mucoide.

Microscopie : se descriu mai multe forme :

— ÎNALT DIFERENȚIATĂ cu celule cilindrice înalte, bine delimitate, cu citoplasma eozinofilă, abundentă, fin granulară, nuclei veziculari, mari, cu nucleoli ; celulele sînt dispuse pe un singur rînd pe suprafața septurilor interalveolare normale sau atroifice, adesea avînd și caracter secretant. În lumenul alveolei, se găsesc celule tumorale izolate sau grupate, aparent exfoliate ;

— DISCRET DIFERENȚIATĂ cu aspect polimorf, cu septurile interalveolare mai îngroșate, mărginite de unul sau mai multe rînduri de celule cilindro-cubice sau cubice, cu citoplasma bazofilă, nuclei mici, hiperchromi, neregulați ; se găsesc uneori și formațiuni pseudo-papilare sau papilare ce umplu alveolele, alături de celule ascuțite, ovalare sau gigante multinucleate (Marcq și col., 1973).

Evoluție : prognostic sever, extensie rapidă, metastaze.

M. Marcq, P. Galy — Amer. rev. resp. dis., 1973, 104, 4, 621.

C. d. — CARCINOAME CU CELULE MARI

Frecvența : este de 2—3 ori mai frecvent decît formele de carcinom microcelular (Palton, cit. Nasta, 1961).

Microscopie : tumora este formată din celule mari, fără semne de epidermizare sau formare de structuri pseudo-glandulare. Clasificarea O.M.S. include în această categorie 4 subtipuri microscopice după cum urmează :

a. FORMĂ COMPACTĂ CU CONȚINUT MUCOID (din care se elimină structurile pseudoglandulare a căror prezență clasifică tumora în grupa a 3-a) ;

- b. FORMA COMPACTĂ, FĂRĂ CONȚINUT MUCOID ;
- c. CARCINOMUL CU CELULE GIGANTE ;
- d. CARCINOMUL CU CELULE CLARE.

În formele a și b, neoplazia conține travee de celule tumorale rotunde sau ovalare cu citoplasma abundentă, slab delimitată, cu sau fără conținut mucoid și cu nucleu neomogen.

Carcinomul cu celule gigante, descris, în 1958, de Nash și Stout, (aproximativ 100 de cazuri publicate), este alcătuit din celule neoplazice pleomorfe, unele gigante (cu citoplasmă abundentă, acidofilă, vacuolizată, cu nucleu mare, anaplastic), altele fuziforme (cu aspect sarcomatos, bizare), cu mitoze atipice, dispuse într-o delicată stromă conjunctivo-vasculară (Plamenac și col., 1963). Diagnosticul diferenței cu sarcomul polimorf este, uneori, dificil.

Carcinomul cu celule clare se compune din celule cu citoplasma spumoasă sau slab acidofilă, conținând sau nu glicogen.

Evoluție : prognostic rezervat, metastaze precoce.

A. D. Nash, A. P. Stout — Cancer, 1958, 11, 369.

P. Plamenac, I. Kreho. A. Nikulin — Le Poumon et le Coeur, 1973, 29, 1, 83.

C. f. — CARCINOIDUL BRONȘIC

Împreună cu cilindromul bronșic și cu carcinomul muco-epidermoid, carcinoidul bronșic a fost încadrat într-un grup particular, denumit, impropriu, „adenomul Jackson“, superpozabil grupului de tumori „carcinoame bronșice cu stroma remaniată“, denumire pe care o utilizează unele școli, între care și școala românească de morfologie (Nasta și col., 1961).

Frecvență : carcinoidul bronșic reprezintă 65—97% din grupul carcinoamelor cu stroma remaniată (Delarue, 1952 ; Overholt, cit. Nasta, 1961).

Localizare și date clinice : tumora se întâlnește mai frecvent la sexul feminin, în decada a 3—4-a de viață. Localizarea electivă este bronhia principală, adesea bronhia dreaptă inferioară, mai rar bronhiile intralobulare sau segmentare, foarte rar traheea.

Simptomatologia clinică este dictată de gradul de obstrucție al bronhiei sau/și de hemoragia, produsă în această tumoră, bogat vascularizată. Fenomenele incluse în „sindromul carcinoid” (colici abdominale, diaree, telangiectazii, roșeața bruscă a tegumentelor anumitor zone), produse prin secreția de către tumoră a 5-hidroxitriptamină (serotonină) sînt, de regulă, prezente în cazurile de tumoră bronșică secundară de la tubul digestiv; tumora bronșică primitivă este, în general, inactivă endocrin.

Macroscopie: în majoritatea cazurilor, tumora este de dimensiuni variabile (de la un bob de grîu la un ou de porumbel), cu suprafața netedă sau ușor ondulată, evoluînd endobronșic, exobronșic sau sub formă de „iceberg”. Mucoasa bronșică prezintă, uneori, metaplasie epidermoidă, squamoasă, rareori ulcerată.

Microscopie: tumora este formată din celule mici, regulate, dispuse în lobuli sau travee, cu citoplasma clară, fin granulară, acidofilă; nucleul este ovalar, fără mitoze sau atipii. Uneori celulele sînt cilindrice, dispuse glanduliform sau pseudoacinos; foarte rar, ele sînt fuziforme, aranjate în spirală. Stroma este, de obicei, redusă, cu fine fibre de reticulă, cu benzi de collagen și, foarte rar, cu caracter mucoid. Vasele pot prezenta hialinizări sau/și dilatații capilare cu caracter pseudoangiomatos. Microscopia electronică a pus în evidență prezența de granule de secreție (asemeni celulelor din carcinoidele digestive), martor al activității metabolice a celulelor, deși se susține inactivitatea celulelor carcinoidului bronșic.

Trebuie de reținut necesitatea *diagnosticului diferențial* cu carcinomul cu celule mici.

Evoluție: lentă, malignitate atenuată, metastaze rare în limfoganglioni, ficat, rinichi (Evans, 1968).

Actualmente tumora este inclusă în grupul APUDOAMELOR.

-
- F. Benedetti Valentini, N. Patrassi — Riv. osped., 1972, 4/6, 459.
 J. Delarue, M. Depierre, J. Paillas — Presse Med., 1952, 60, 469.
 R. Pariente, G. Brouet — Le Poumon et le Coeur, 1971, 27, 2, 204.
 V. Stojanovic, A. Markovic, M. Djordjevic — Le Poumon et le Coeur, 1968, 24, 7, 797.

C. g. – CILINDROMUL BRONȘIC

Frecvență : 10—15% din toate tumorile bronșice (Van Straaten, 1967).

Localizare și date clinice tumora este prezentă mai ales la vîrsta adultă, de preferință la sexul feminin ; ea se localizează cu predilecție pe trahee și bronhiile mari. Simptomele clinice obișnuite sînt : tuse, hemoptizie, sindrom bronșic cu caracter obstructiv.

Macroscopie : aproximativ 50% din tumori sînt infiltrative, neîncapsulate, cu evoluție intra și peribronșică. Restul de 50% sînt tumori încapsulate, delimitate, neinfiltrative.

Microscopie : cilindromul bronșic este format din elemente epiteliale mici, discret polimorfe, cu citoplasma bazofilă și cu nuclei cu mitoze rare ; celulele sînt dispuse în travee sau ghirlande într-o stromă conjunctivă uneori laxă, mucoidă, ușor eozinofilă, bogată în mucopolizaharide acide și neutre (potențial cu malignitate crescut), alteori densă, bogată în substanțe hialine, fără tendință infiltrativă în jur. Cele două aspecte se pot asocia pe acelaș preparat. *Diagnosticul diferențial* cu adenocarcinomul este uneori necesar.

Evoluție : lentă, metastaze rare și tardive ; se remarcă tendința la recidive locale după ablația incompletă. Formele cu stroma laxă pot determina distrucții ale structurilor bronșice, cu invazia cartilajelor și a ganglionilor limfatici, prin continuitate sau prin metastaze.

L. Van Straaten, J. Gounot – Le Poumon et le Coeur, 1967, 23, 2, 193.

TUMORI MUCO-EPIDERMOIDE

Macroscopie : sînt tumori, de obicei sesile, polipoide și infiltrante.

Microscopie : tumorile muco-epidermoide sînt formate din insule de celule producătoare de mucină, alături de insule cu celule keratinizate. Acestea din urmă pot fi formate din celule de tip bazal sau intermediar în proporții variate ; ele pot fi situate în jurul celulelor mucoase sau cilindrice sau pot consti-

tui pereții unor formațiuni chistice care sînt tapetate cu celule producătoare de mucină. În alte tipuri, celulele mucoase și cele keratinizate sînt amestecate fie în proporții egale, fie, celulele mucoase sînt disiminate în interiorul unor insule mari de celule de tip intermediar sau celule keratinizate. Celulele producătoare de mucină sînt cuboidale sau cilindrice, cu citoplasma bazofilă sau cu aspect piriform ori în inel cu pecete. Gradul de malignitate al tumorii este mai redus și depinde de starea de diferențiere a celulelor tumorale.

Alte tumori, categorie în care O.M.S. încadrează neoformațiuni plecate de la glandele bronșice, cu aspecte variind de la hiperplazie la carcinomul slab diferențiat.

C. h. – TUMORI PAPILARE ALE EPITELIULUI DE SUPRAFAȚĂ

În această categorie sînt incluse (O.M.S.) :

- tumori papilare epidermoide ;
- tumori papilare cu celule caliciforme ;
- alte tumori (compuse din celule secretante de mucus sau celule nediferențiate).

Microscopie : tumorile sînt formate din axe conjunctive, acoperite de celule malpighiene, mai mult sau mai puțin diferențiate, cu tentința de infiltrare în profunzime cu atît mai crescută, cu cît celulele sînt mai anaplastice. Alteori axele conjunctive sînt acoperite de celule caliciforme cu dispoziție papilară.

Evoluție : prognostic ceva mai bun decît cel al adenocarcinomelor.

C. Axelsson, F. Burcharth, A. Johansen – J. Thorac. cardiovasc. surg., 1973, 65/6, 902.

Gh. Diaconiță, Al. Eskenasy – Le Poumon et le Coeur, 1974, 30, 4, 265.

A. Turnbull, A. Huves, I. Goodner, F. Foote – Cancer, 1971, 68, 539.

C. i. – TUMORA MIXTĂ

Macroscopie : proliferare papilomatoasă sau conopidiformă endobronșică, hemoragică, care, prin invazia peretelui devine peribronșică.

Microscopie : tumora este alcătuită din celule de diverse aspecte, de la forme mici, hiperchrome, celule rotunde sau ovale, cu dispoziția cilindromatoasă tipică, pînă la celule mari, clare, sau celule epidermoide cu maturare parakeratozică. Toate aceste celule sînt dispuse într-o stromă cu remanieri de diverse intensități, cu depozite hialine, mucoide, fibrinoide, condroide și/sau osteoide.

Prin acumularea de substanțe mucoide PAS pozitive, unele celule capătă aspect de „inel cu pecete“, cu dispoziție pseudoglandulară, mircochistică sau în rozetă. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL este, uneori, deosebit de dificil cu tumorile hamartice, epidermoide și/sau glandulare.

Evoluție : prognostic relativ bun, evoluție lentă ; nu sînt semne flagrante de malignitate. Metastazele sînt foarte rare sau absente. Se citează recidive după exereză.

C. i. 2. — CARCINOSARCOMELE DE TIP EMBRIONAR se compun din mase de celule mici, poligonale sau stelate conținute într-o stromă foarte laxă, care seamănă cu mezenchimul embrionar și în care pot fi uneori incluse fibre musculare striate și structuri acinoase atipice. Aceste tumori au mai primit numele generic de „blastoame“.

ALTE CARCINOSARCOAME se caracterizează prin dezvoltarea concomitentă a aspectelor carcinomatoase și sarcomatoase în aceeași tumoră.

Au fost întîlnite următoarele tipuri de carcinoame : nediferențiat microcelular (Weber, cit. Nasta, 1961), epidermoid (Eskenasy, cit. Nasta, 1961), epidermoid diferențiat bazocelular sau spinocelular (Scheidegger, Selye, cit. Nasta, 1961) și foarte rar forma de adenocarcinom.

Dintre sarcoame, au fost citate sarcomul fuzocelular și sarcomul polimorf. Sînt semnalate cazuri de asocieri în aceeași tumoră a carcinomului microcelular, epidermoid și glandular în același timp, alături de forme de sarcom fuzocelular.

Sînt notate mai multe posibilități de asociere a celor două entități :

— prin coliziune : dezvoltare în același timp a carcinomului și sarcomului și intricarea lor ulterioară ;

- transformarea sarcomatoasă a stromei unui carcinom ;
- proliferare sarcomatoasă, cu inducerea ulterioară a carcinomului ;
- proliferare carcinomatoasă, cu inducerea ulterioară a sarcomului ;
- metaplazie conjunctivă, cu caracter sarcomatos a celulelor unui carcinom nediferențiat (R. Meyer, Krompecher, Abricosov, cit. Nasta, 1961).

Al. Eskenasy — Morfologia normală și patologică, 1958, 4, 364.

C. j. — SARCOAME BRONHO-PULMONARE

Frecvență : tumoră excepțională (un singur caz observat de Titu Vasiliu și Daniello (1945) în 40 de ani de activitate), în special după delimitarea cadrului limfoamelor maligne. În literatura din ultimii 10 ani însă, observațiile asupra unor cazuri singulare de sarcom, cu diverse etichete histopatologice, sînt mai numeroase.

Localizare și date clinice : sarcomul pulmonar este uneori localizat parenchimos, lobar, cu extensie la parenhimul vecin și la bronhi sau este localizat bronșic (endo sau peribronșic), de obicei la nivelul bronșitei principale, avînd drept consecință imediată obstrucția bronșică și atelectazia țesutului pulmonar tributar.

Fără predilecție pentru sex, tumora este semnalată la orice vîrstă.

Macroscopie : în formele endobronșice (bronșia primitivă sau lobară), sarcomul are fie caracter mamelonat, polipoid, fie caracter de hiperplazie dură, netedă, eventual neulcerată în faza inițială.

În formele intraparenhimate, tumora este, de obicei, unică, relativ delimitată, ocupînd o zonă dintr-un lob, un lob sau tot țesutul pulmonar de partea respectivă.

Pe suprafața de secțiune, sarcomul este alb-roziu sau roșu-brun, cu zone de necroză și hemoragie, sau cu caracter friabil, encefaloid.

Microscopie : au fost descrise câteva forme microscopice :

— FIBROSARCOMUL, SARCOMUL FUZOCELULAR (întilnit mai adesea pe bronhiile mari) ;

— MIOSARCOMUL în forma de LEIOMIOSARCOM unic sau multiplu, sau sub formă de RABDOMIOSARCOM ; pentru acesta din urmă, diagnosticul histopatologic este destul de dificil, deoarece el poate fi confundat cu carcinomul nediferențiat, datorită prezenței de celule gigante plasmodiale, absenței striatiunilor intracelulare obligatorii în celula musculară striată și datorită lipsei fibrelor de reticulină. Este cunoscut faptul că rabdomiosarcoamele imature nu dețin striatiuni în celulă (asemeni carcinoamelor nediferențiate) și, în plus, fibri-logeneza reticulinică nu este obligatorie în rabdomiosarcoame (ca și în carcinomul nediferențiat), prezența ei fiind adesea doar dovada unui proces reacțional local ;

— CONDROSARCOMUL, formă de sarcom pulmonar, este interpretat și confundat cu hamartocondromul malignizat ;

— SARCOAMELE VASCULARE (angiosarcomul, endoteliosarcomul, periteliosarcomul) pot fi întâlnite la nivelul pulmonului, cu caracterele cunoscute din alte localizări ;

— LIMFOAMELE MALIGNNE în care includem tumorile cunoscute ca RETICULOSARCOAME (21 din 26 de cazuri de sarcom în statistica lui Nasta și col., 1961), LIMFOSARCOAMELE (37 de cazuri publicate pînă în 1974), PLASMOCITOAMELE cu aspect de mielom solitar, în care diagnosticul diferențial se face cu „granulomul cu plasmociți” sau cu „plasmocitomul reacțional”, sînt tot atîtea aspecte ale multiplelor posibilități de manifestare a sarcomului pulmonar.

Evoluție : prognostic sever ; evoluția sarcomului pulmonar pare să fie mai lentă decît în alte localizări ; el este totuși condiționat și de tipul histologic al tumorii.

F. C. Hugues, J. P. Isal, J. Marche — Le Poumon et le Coeur, 1974, 30, 5, 325.

S. G. Subbuswanny, S. S. Tulpule, R. K. Gadgil — J. Path., 1974, 113, 3, 141.

T. Vasiliu, L. Daniello — Analele V. Babeș, 1945, XVI, 81.

C. k. – TUMORI NECLASIFICATE

În această categorie se includ neoplasmele care nu corespund niciunui tip tumoral din clasificarea expusă. Considerăm că poate fi amintită aici *tumora mio-epitelială* descrisă de Delarue și Paillas în 1952 (Delarue, 1969).

Frecvență : 27 de cazuri publicate.

Macroscopie : tumora este, de obicei, juxtabronșică, bine individualizată sub forma unor mase globuloase, de culoare alb-roșietice, cu extensie exobronșică, în parenhimul pulmonar.

Microscopie : neoformațiunea este constituită din celule ovale sau fuziforme aglomerate sau dispersate într-o substanță fundamentală uneori densă, alteori laxă, cu aspect mixoid. În unele zone aceste celule sînt imediat alături de canalele excretoare sau de acinii glandulari bronșici. În general ele amintesc elementele mio-epiteliale a glandelor bronșice.

Evoluție : prognostic sever, metastaze rapide pe cale sanghină.

C. l. – MEZOTELIOAMELE PULMONARE

Vor fi descrise în detaliu la capitolul tumorilor pleurale.

C. m. – MELANOAMELE PULMONARE

Frecvență : tumoră excepțională ; originea primară a tumorii este discutată și discutabilă ; sînt totuși cîteva cazuri de melanom malign „primitiv” pulmonar (Cornil și Ranvier, cit. Nasta, 1961).

Macroscopie : ca și în alte localizări, tumora poate fi încărcată cu pigment melanic sau poate fi cu caracter acrom, situată, de obicei, în plin parenhim pulmonar.

Microscopie : melanomul malign pulmonar este constituit din celule fuziforme sau epitelioid înconjurate de fibre conjunctive și încărcate cu pigment melanic (excluzînd formele acrome). Pentru precizarea naturii melanice a acestor celule sînt necesare colorații pentru pigment melanic și melanoblaști.

Evoluție : prognostic sever, recidive, metastaze.

XIV. D. — Tumori bronho-pulmonare secundare

Frecvență : 29% din totalul tumorilor pulmonare sînt secundare.

Macroscopie : 9/10 din metastazele pulmonare apar ca :

- a. FOCARE IZOLATE ȘI/SAU DIFUZE INTRAPARENHIMATOASE, unice sau multiple, localizate de cele mai multe ori la baza pulmonului, cu aspect de formațiuni alb-cenușii, cu zone de necroză și hemoragie ; provin, de obicei, din melanoame, sarcoame, coriocarcinoame, osteosarcoame ;
- b. TUMORI SECUNDARE BRONȘICE, vegetante sau infiltrative, cu caracter glandular sau epidermoid, provenite, de obicei, de la tumorile glandei mamare, ale intestinului, uterului, rinichiului, vezicii urinare ;
- c. LOCALIZĂRI MEDIASTINALE ȘI MEDIASTINO-PULMONARE cu predilecție pentru bifurcația traheii, sînt, de obicei, tumori masive, ulcerate ;
- d. LIMFANGITA NEOPLAZICĂ nu este caracteristică pentru o formă anumită de cancer. Dacă la intensificarea conturului limfaticelor se asociază imagini micronodulare difuze, se obține aspectul clasic de „carcinomatoză miliară“, întîlnită în special în neoplaziile tubului digestiv, neoplaziile mamare, tiroidiene, cervico-uterine (Delarue, 1969).

XIV. E. — Leziuni pseudotumorale

E. a. — GRANULOMUL EOZINOFIL, pseudotumoră de dimensiuni variabile, se manifestă ca o infiltrație interstițială pulmonară și ca o proliferare la nivelul peretilor vasculari a unor celule mari, poligonale (histiocyte) și a polimorfonuclearelor eozinofile, dispuse în cîmpuri largi. La tineri se însoțește de pneumotorace.

E. b. — PNEUMOPATIILE CRONICE PSEUDOTUMORALE sînt constituite dintr-un proces inflamator cu caracter poli-

morf (limfocite, plasmocite, histiocite, fibroblaști) prezent în parenhim înaintea instalării modificărilor fibroblastice și fibroscleroase postpneumonice (Eskenasy, 1970).

E. c. — PSEUDOTUMORA XANTOMATOASĂ (XANTOMUL) apare microscopic ca o infiltrație a parenhimului pulmonar cu celule spumoase, sudanofile (xantomatoase) dispuse într-o stromă colagenă bogată în elemente inflamatorii (limfociți, plasmociți) și rezultând în majoritatea cazurilor dintr-un proces de rezorbție consecutiv unei supurații bronho-pulmonare sau ca o determinare pulmonară a unei xantomatoze.

Al. Eskenasy — *Le Poumon et le Coeur*, 1970, 26, 3, 238.

K. W. Walton, C. Thomas, D. Dunrearley — *J. Path.*, 1973, 109, 4, 271.

XV. — Tumorile pleurei*

A. — TUMORI PRIMITIVE, rare și discutabile, pot fi clasificate în :

1. — Tumori pure conjunctive

benigne — fibromul

intermediare — fibromul invadant

maligne — sarcoame :

fibroblastice
reticulare
giganto celulare

2. — Tumori pure epiteliale

forme

papilare
trabeculare
alveolare
glanduliforme

3. — Tumori complexe cu aspecte : tubulare, trabeculare, papilare, limfangioide, fibromatoase, mixoide, alveolare, pseudoglandulare, etc.

* Delarue și col., 1969.

A. 1. — FIBROMUL PLEURAL este asemănător fibromului din alte localizări cu mențiunea că, uneori, prezintă aspecte pseudopalisadice (diagnostic diferențial cu neurinomul), zone intens celularizate (diagnostic diferențial cu fibrosarcomul), zone mixoide cu hialinizări și calcificări.

J. L. Titus — Cancer, 1962, 15, 5, 522.

FIBROMUL INVADAT, tumoră „la limită”, cu aspecte de malignitate celulară și cu mitoze atipice, dar cu malignitate clinică numai locală.

SARCOMUL PLEURAL, cu câteva aspecte microscopice: fibroblastic, reticular, giganto-celular, reticulo-angio-sarcom (cu vase fără perete propriu.

A. 2. — TUMORILE EPITELIALE PURE, cu aspect de PA-PILOM (ax conjunctivo-vascular, epitelii cubice, cu nucleu mare, dispuse pe unul sau mai multe rînduri), TRABECULAR (aceleași celule dispuse în travee), ALVEOLAR (mase de celule epitelioide, poliedrice, mari, cu citoplasma clară), GLANDULIFORME (cavități neregulate, tapetate de celule cubice sau endoteliforme) (Delarue, 1969).

A. 3. — TUMORILE COMPLEXE pleurale, mai frecvent întâlnite, prezentînd aspecte microscopice polimorfe (tubulare, trabeculare, papilare, limfadenoid, fibromatoase, mixoide, epitelioide), pot sugera diagnosticul de MEZOTELIOM MALIGN, atunci cînd elementele componente au aspecte de malignitate (dispoziție anarhică, nuclei și mitoze atipice, vase tumorale.

Frecvența mezoteliomului pleural este de 0,07%, pe material necropsic, în statistica lui Delarue (1969).

Date clinice: a fost întâlnit, la sexul masculin în 70% din cazuri, în 6—7 decadă de viață, traumatismul și pulberile iritative (asbestul) pîrînd a avea un important rol etiologic.

Macroscopie: tumora apare ca o îngroșare nodulară sau difuză a pleurei, de dimensiuni variabile, de culoare albicioasă,

compactă, dură, uneori cu zone mixoide, edematoase, constituind câteodată un adevărat corset tumoral pentru pulmon.

Microscopie: tumoră complexă, cu imagini adenoide, endoteliale, glanduliforme, pseudopapilare, cu celule aglomerate sau izolate, rotunde, globuloase, cu citoplasma clară și cu plaje conjunctive similare fibromului celularizat sau/și sarcomului fibroblastic.

Evoluție: prognostic sever, în 75% din cazuri extensie la pleura opusă, în 25—30% din cazuri extensie la pericard.

XV. B. — Tumorile pleurale secundare

Sînt mai frecvente, cel mai adesea semnalate prin prezența epanșamentelor sero-fibrinoase sau a pahipleuritei localizate sau difuze. Confuzia cu mezoteliomul este posibilă. Tumorile secundare provin, de obicei, de la o tumoră pulmonară, glandă mamară sau ovar; alte localizări neoplazice pot, de asemenea, trimite metastaze la pleură.

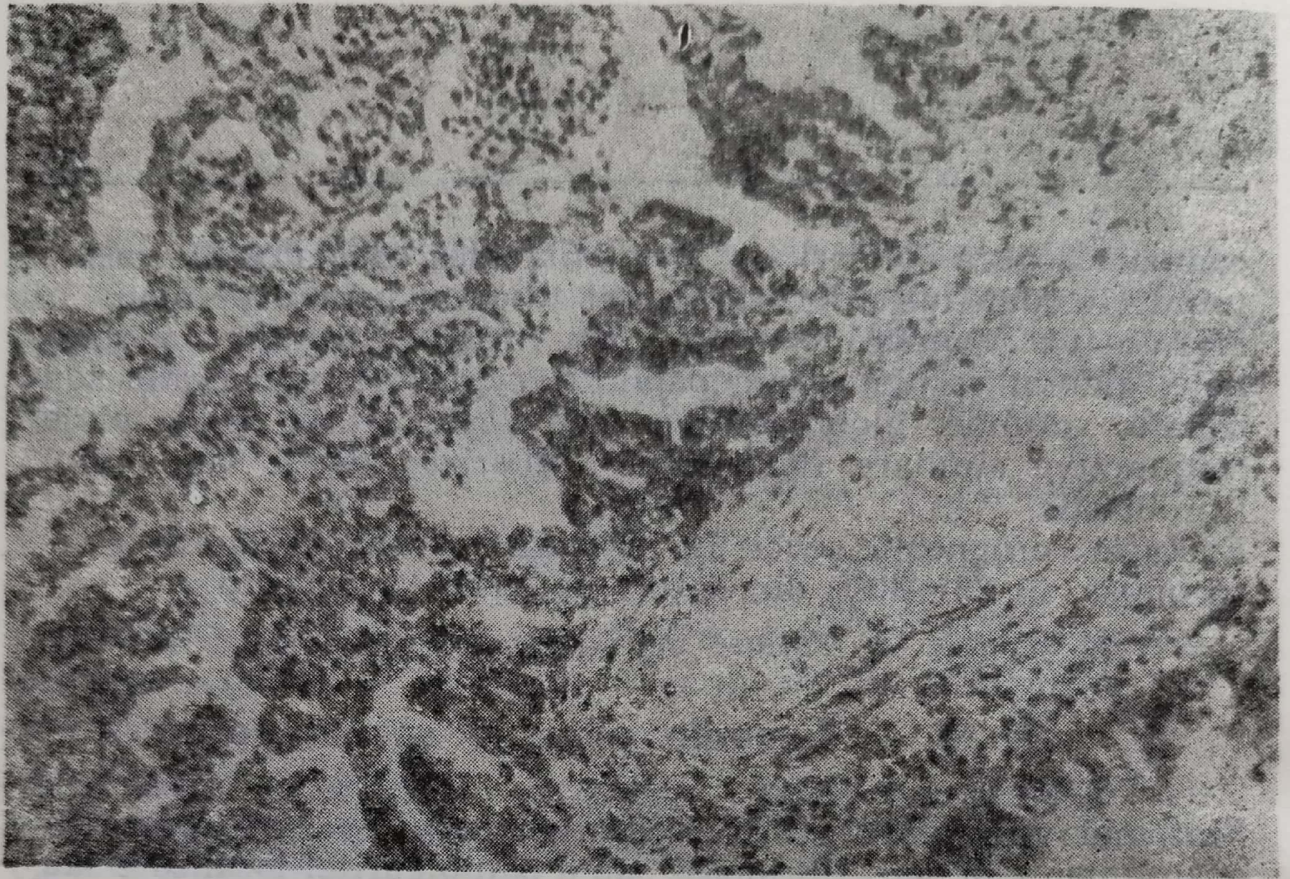
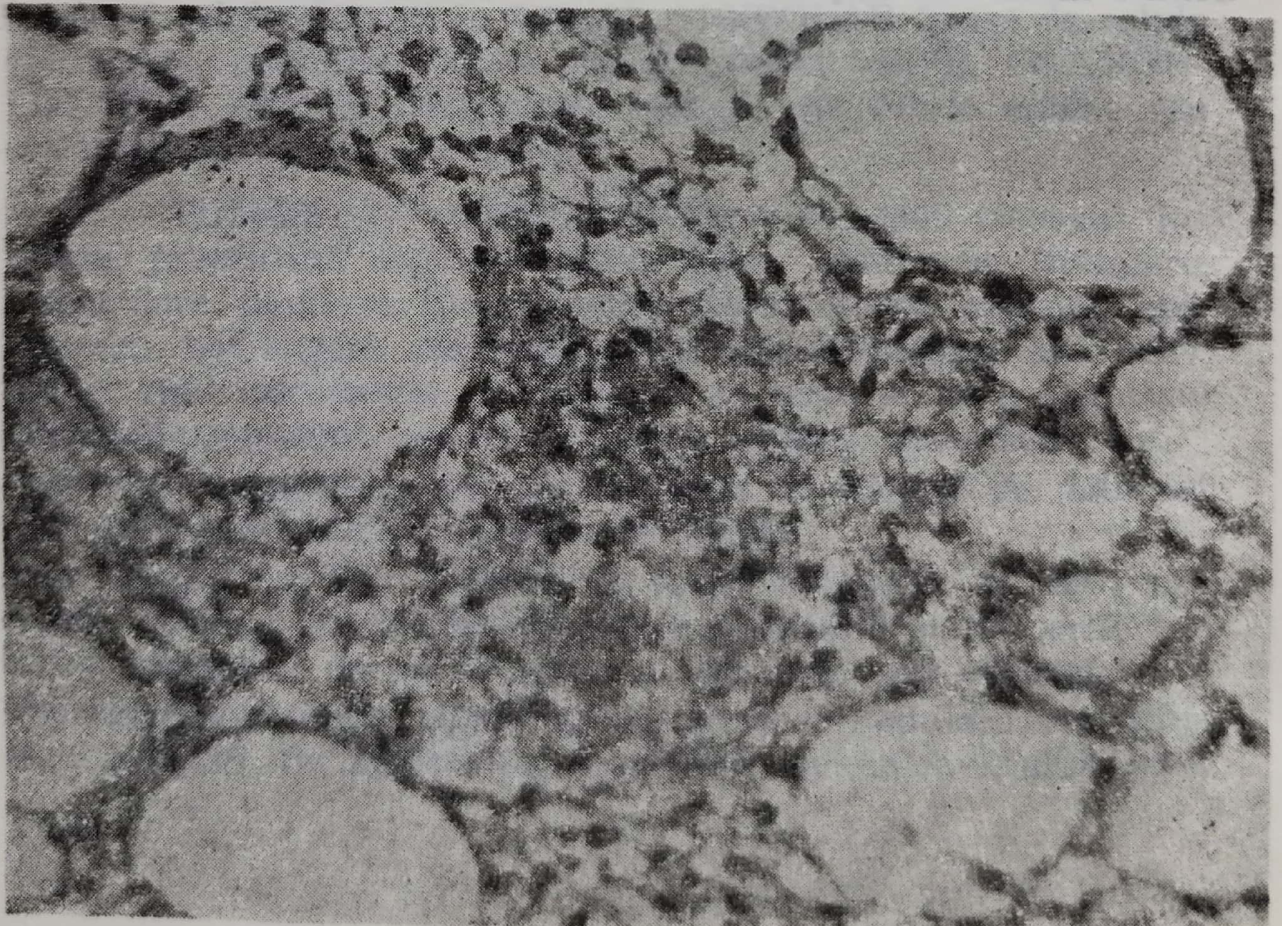


Fig. 136 — x 100, H. E. Adenom bronșic

Fig. 137 — x 200, H. E. Lipomixom pleural



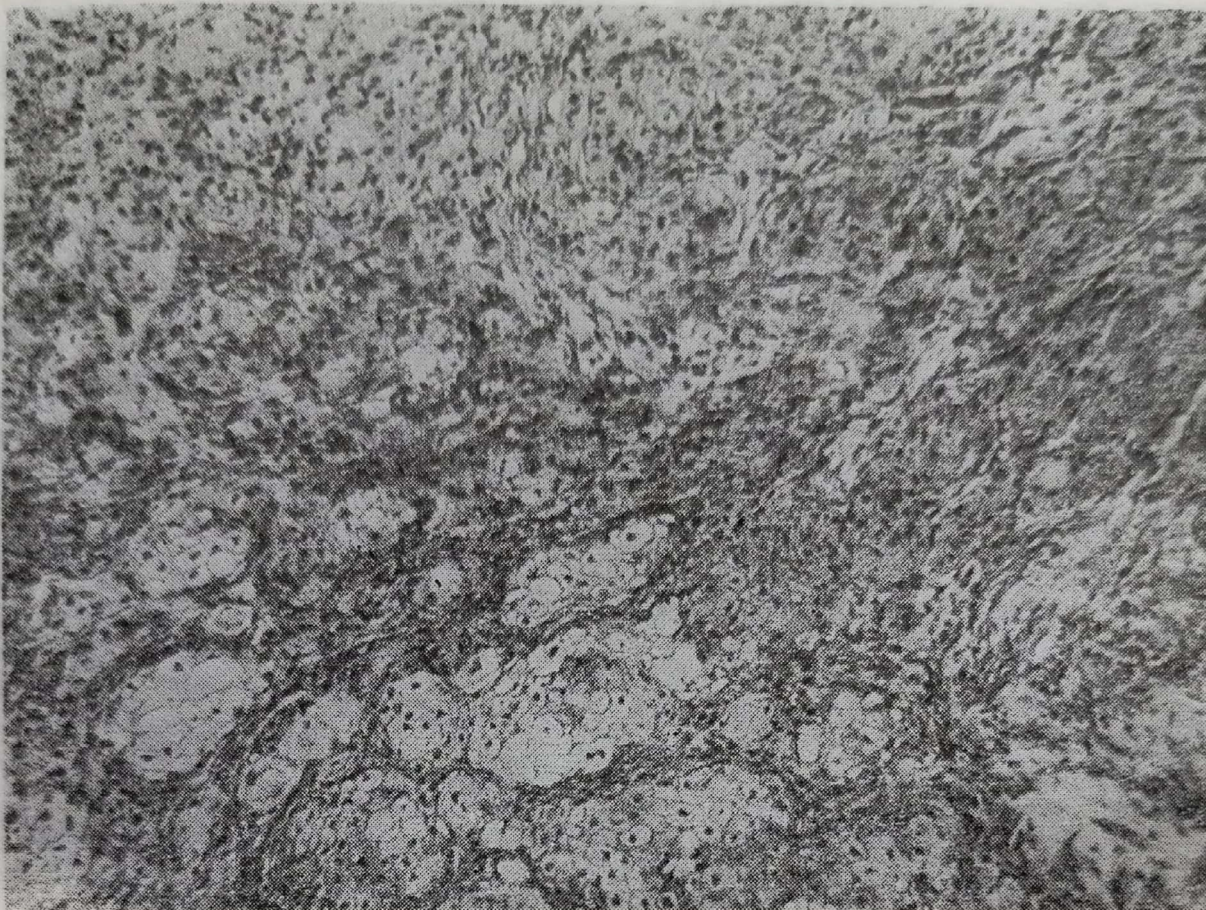
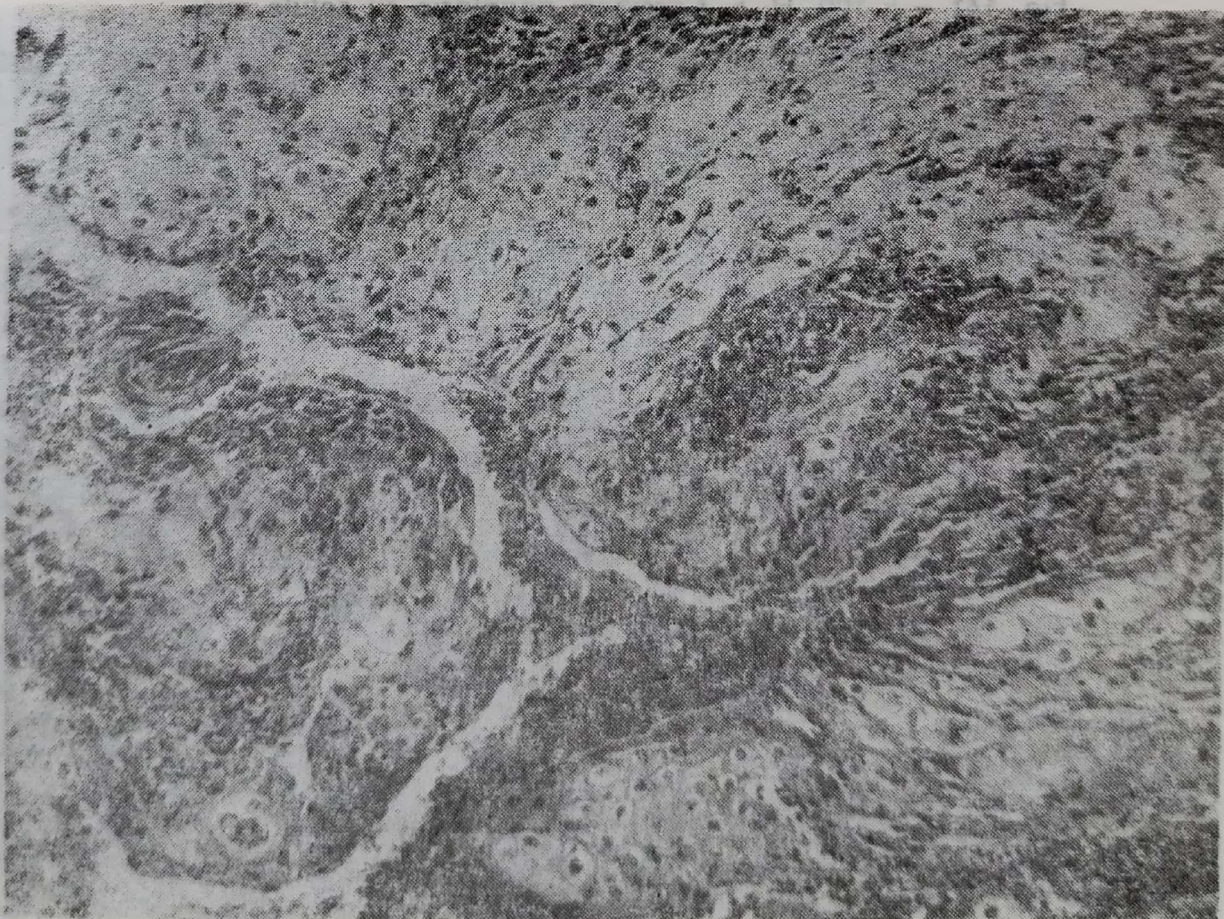


Fig. 138 — x 100, H. E. Carcinom epidermoid bine diferențiat

Fig. 139 — x 200, H. E. Carcinom epidermoid bine diferențiat



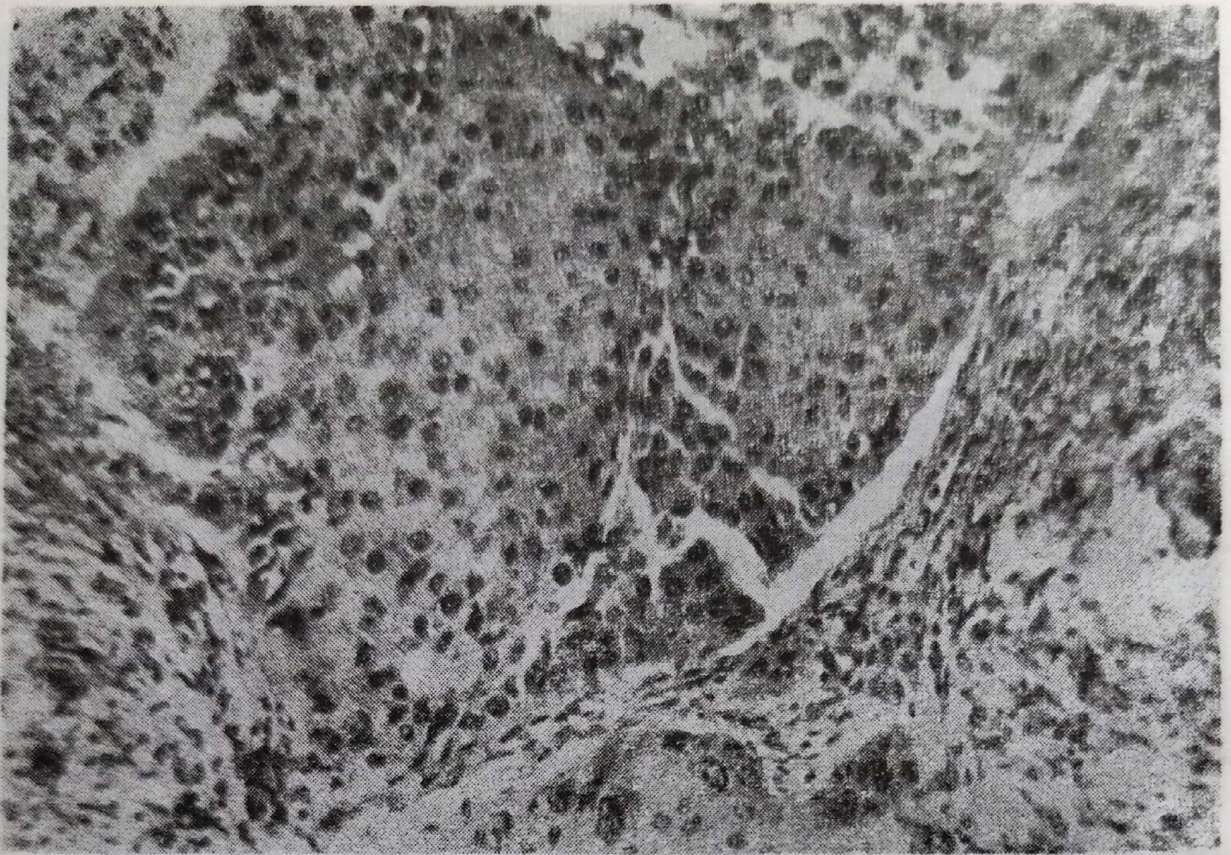
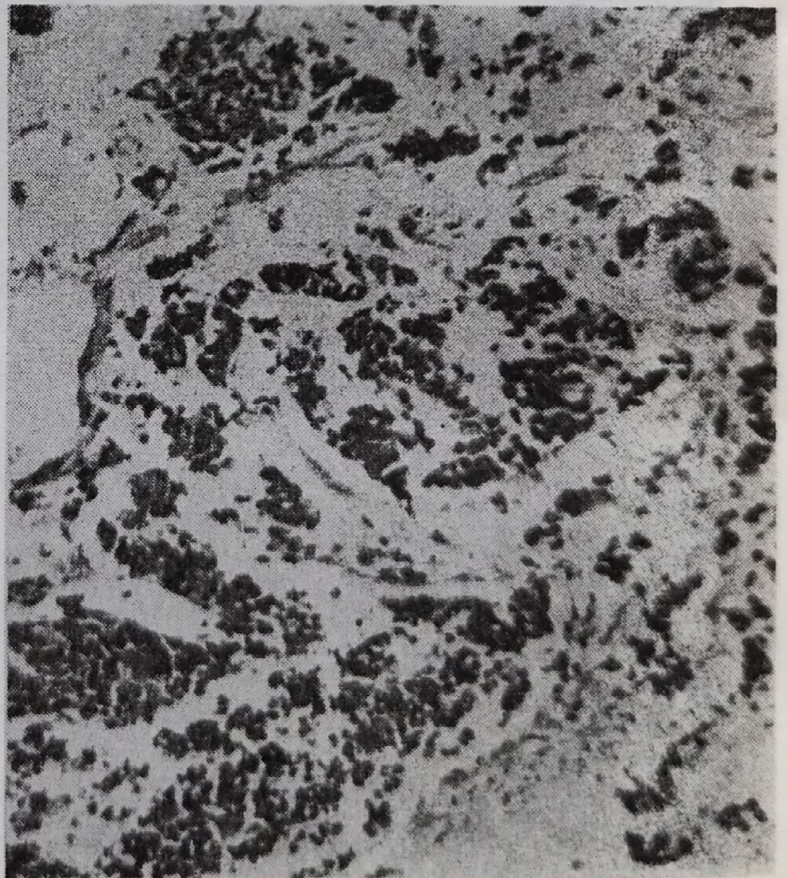
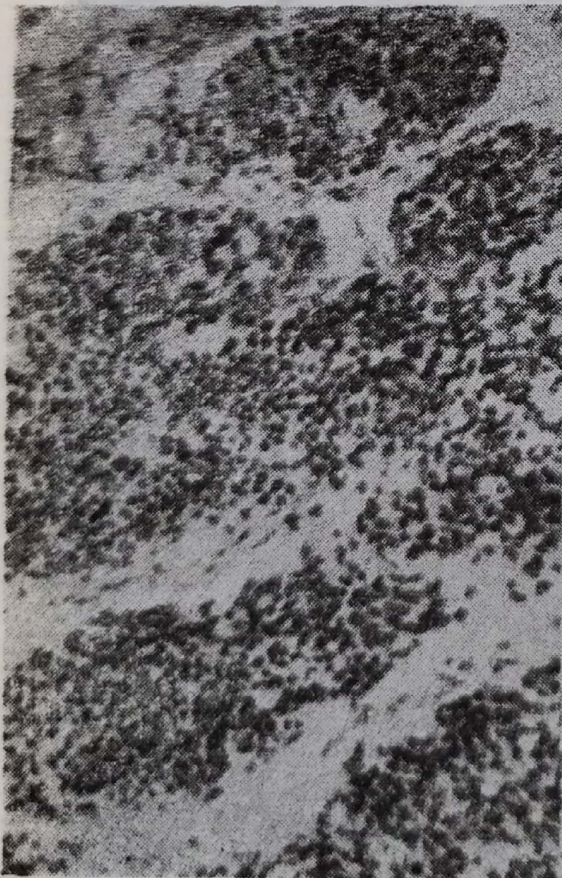


Fig. 140 – x 100, H. E. Carcinom epidermoid moderat diferențiat

Fig. 141 – x 100, H. E. Carcinom anaplastic cu celule mici



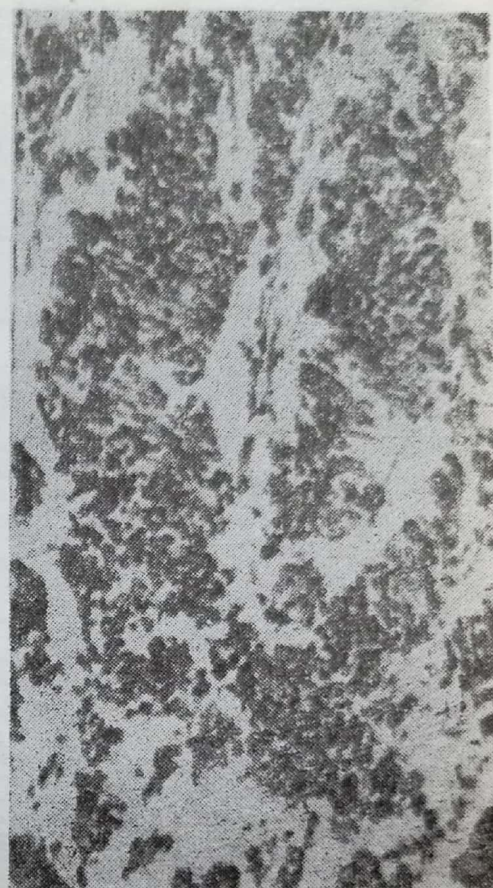
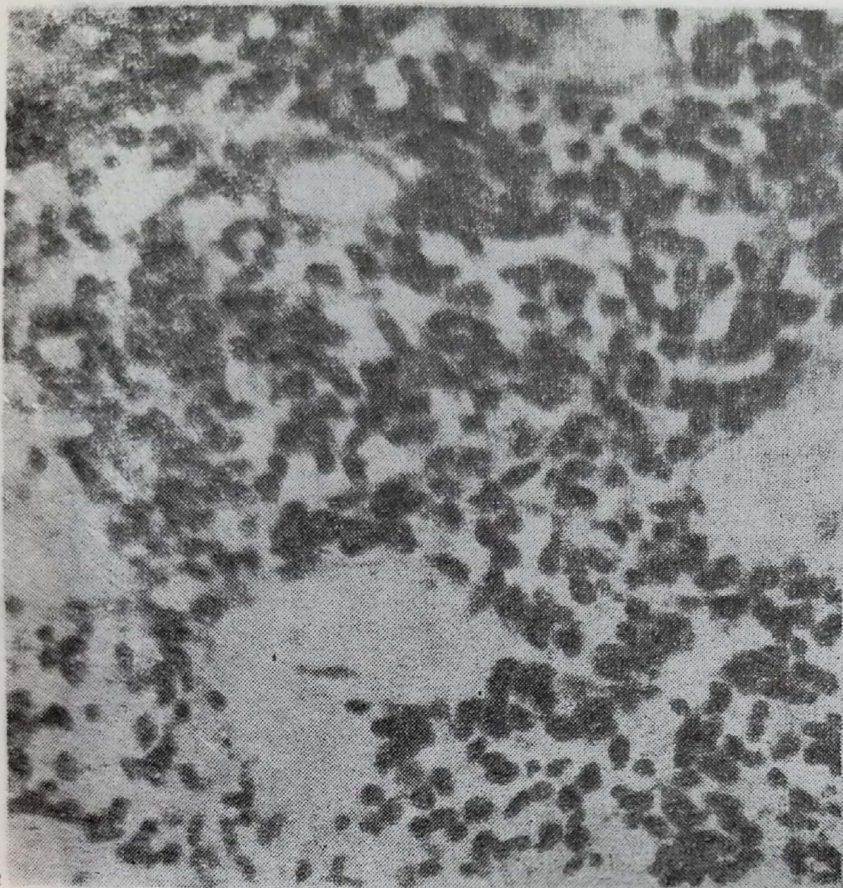
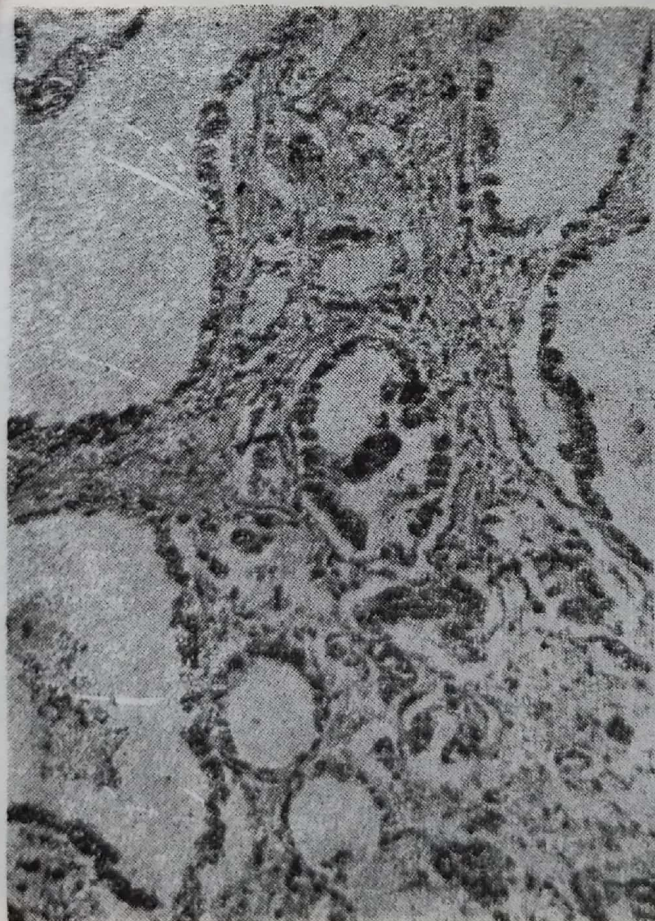


Fig. 142 – x 100, H. E. Carcinom anaplazic cu celule mici

Fig. 143 – x 100, H. E. Adenocarcinom



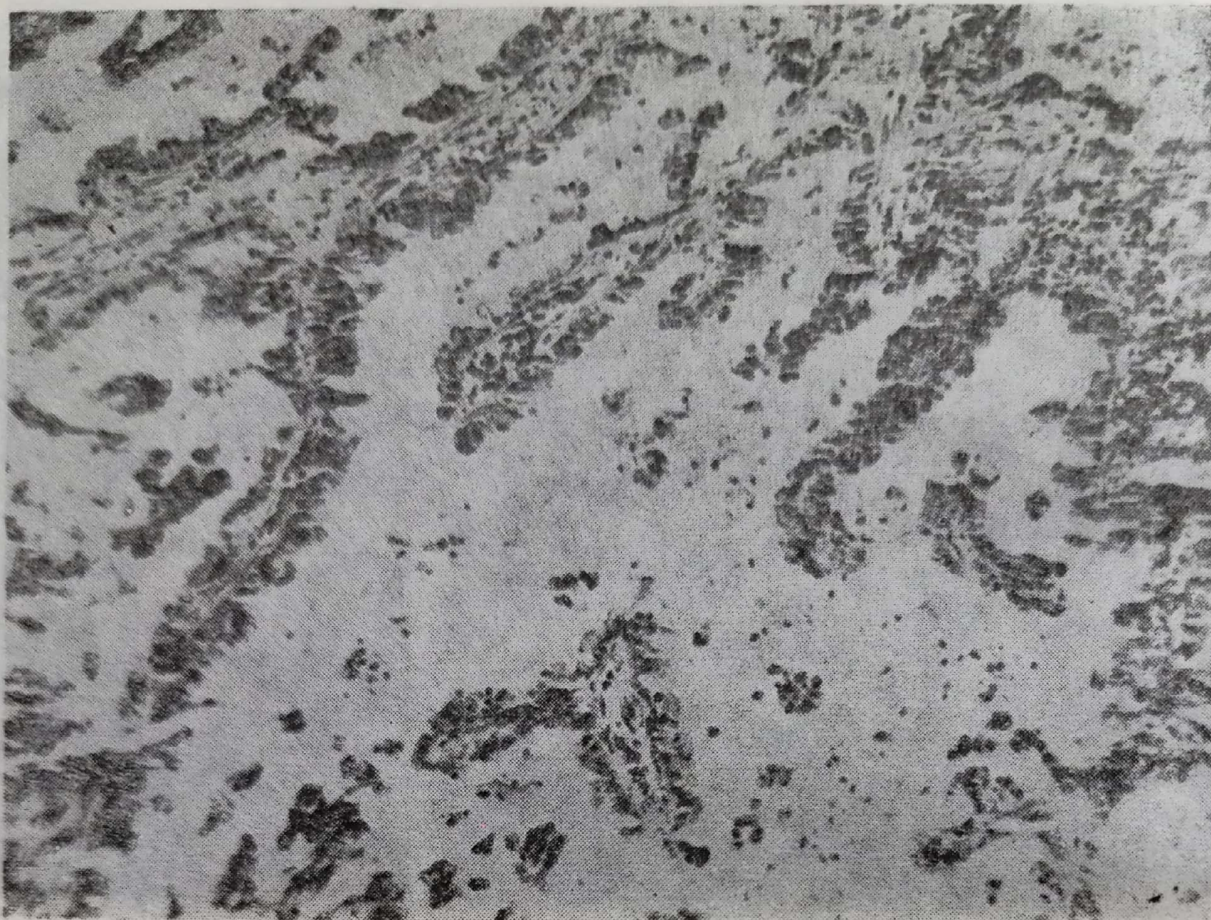
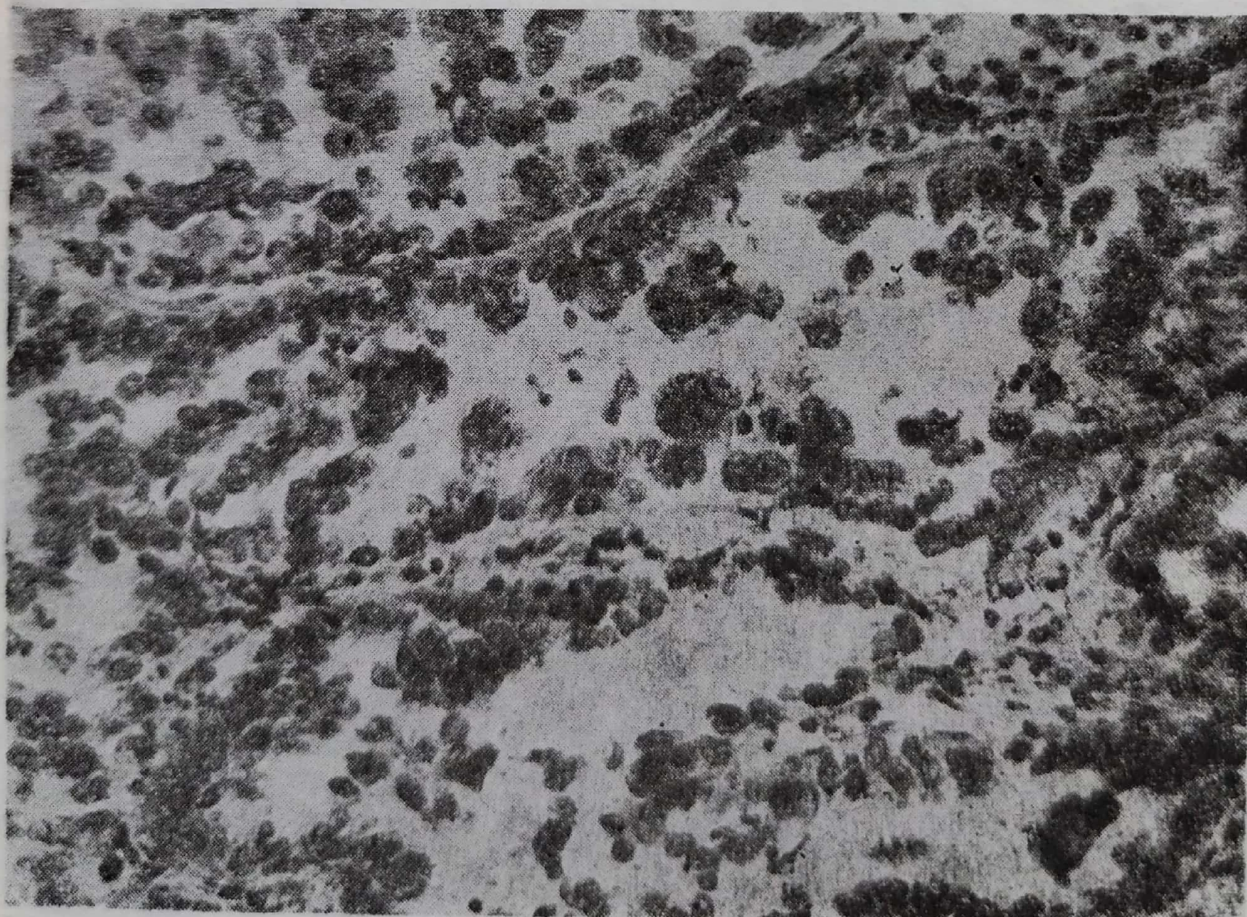


Fig. 144 - x 200, H. E. Carcinom papilar

Fig. 145 - x 100, H. E. Carcinom papilar



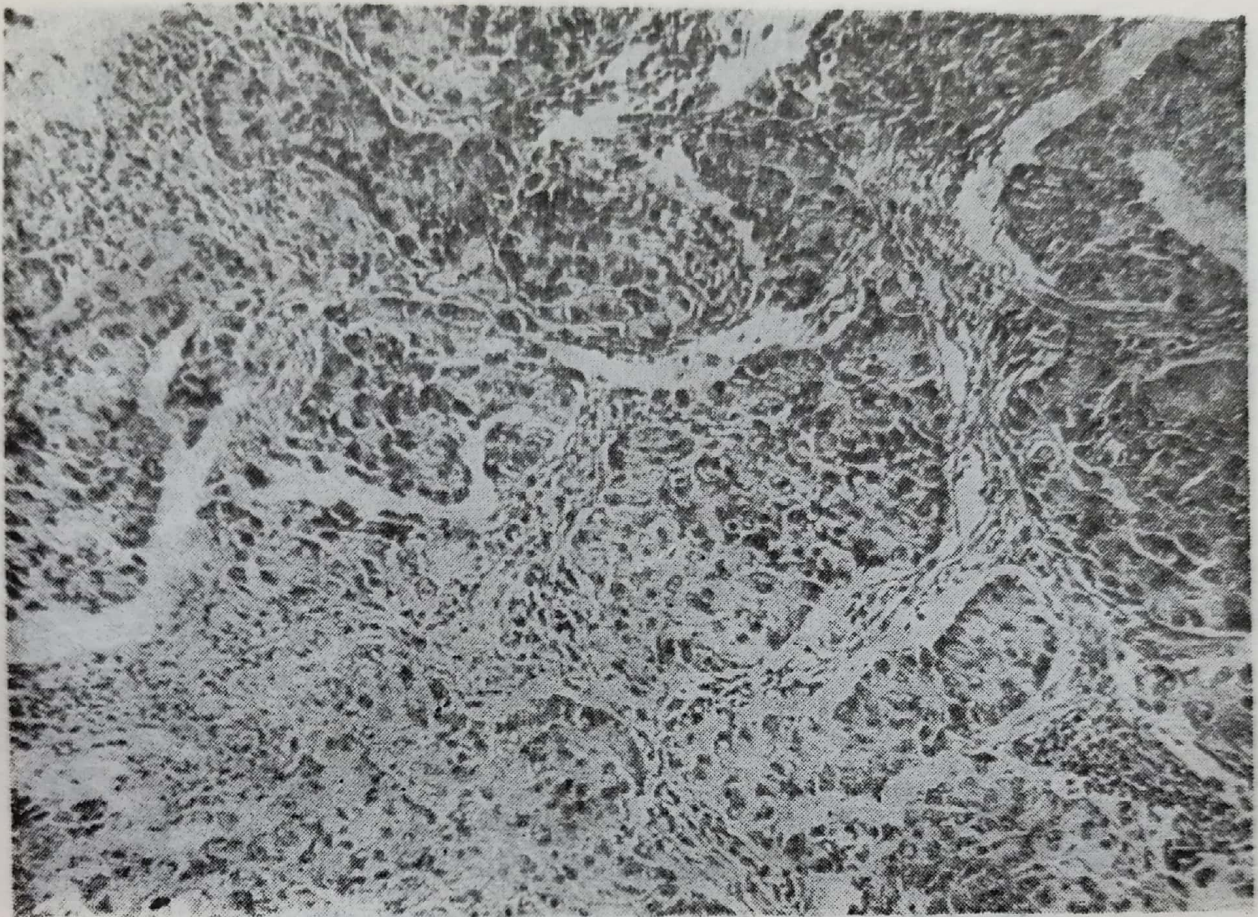
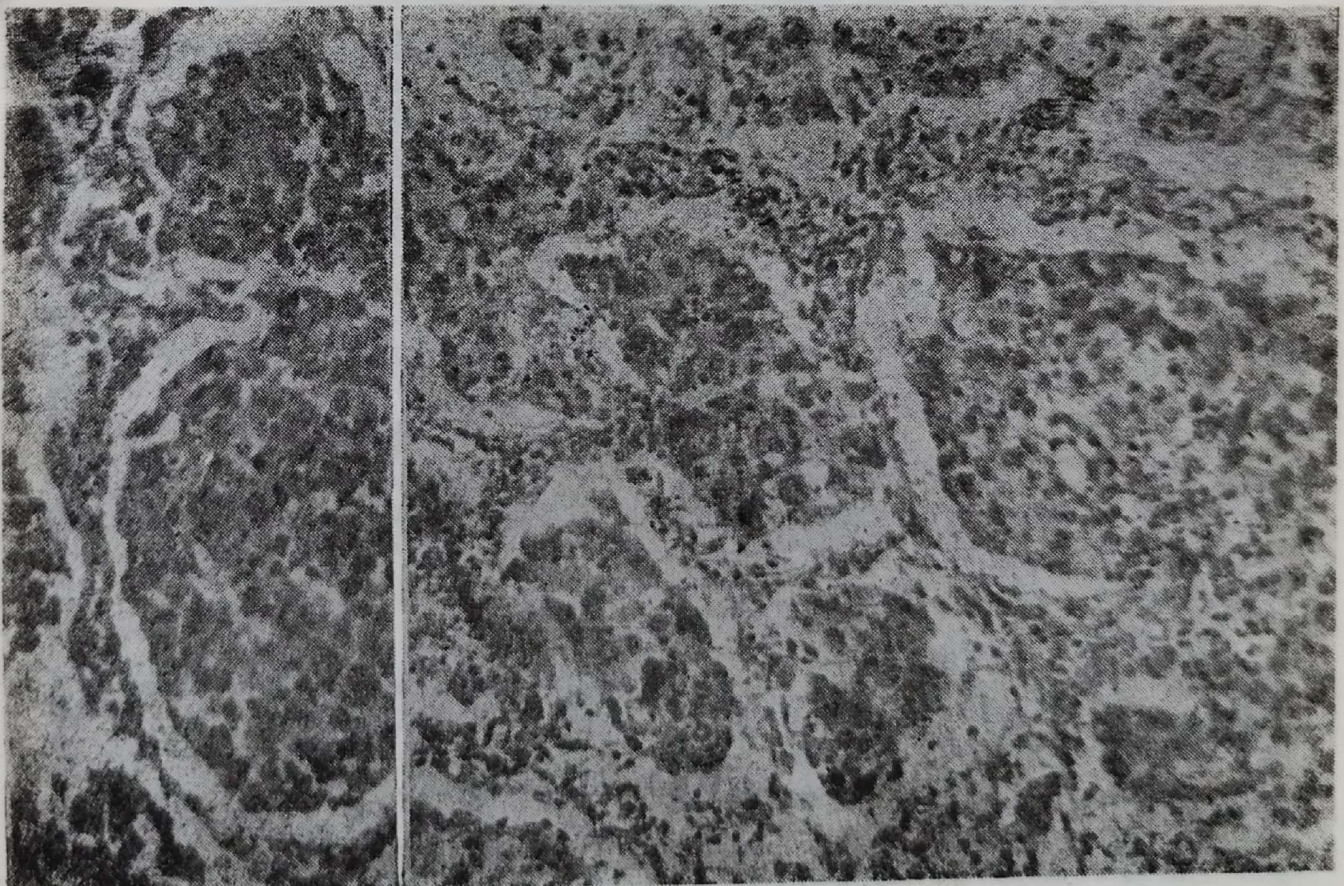


Fig. 146 – x 100, H. E. Carcinom bronșiolo-alveolar

Fig. 147 – x 200, H. E. Carcinom bronșiolo-alveolar



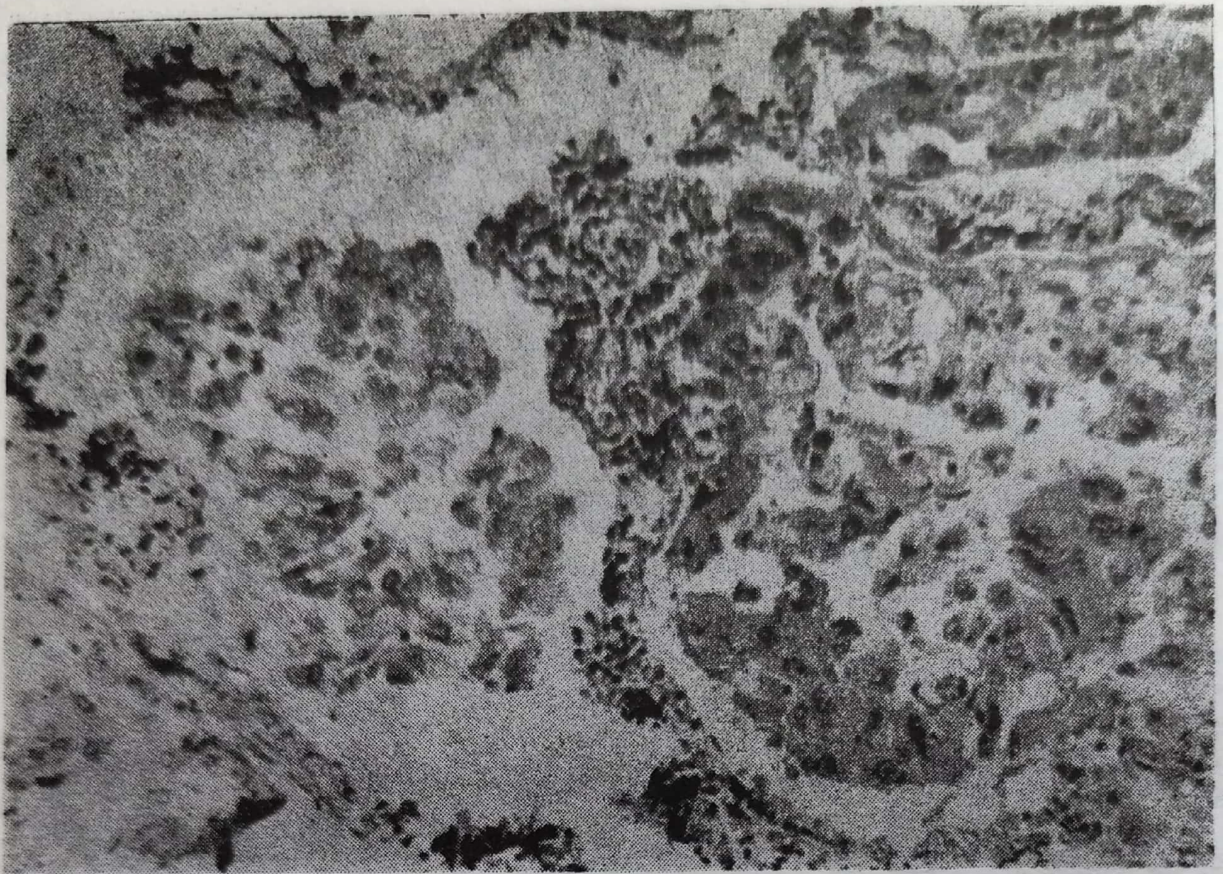


Fig. 148 – x 200, H. E. Carcinom bronșiolo-alveolar

Fig. 149 – x 100, H. E. Carcinom bronșiolo-alveolar cu metaplazie epidermoidă



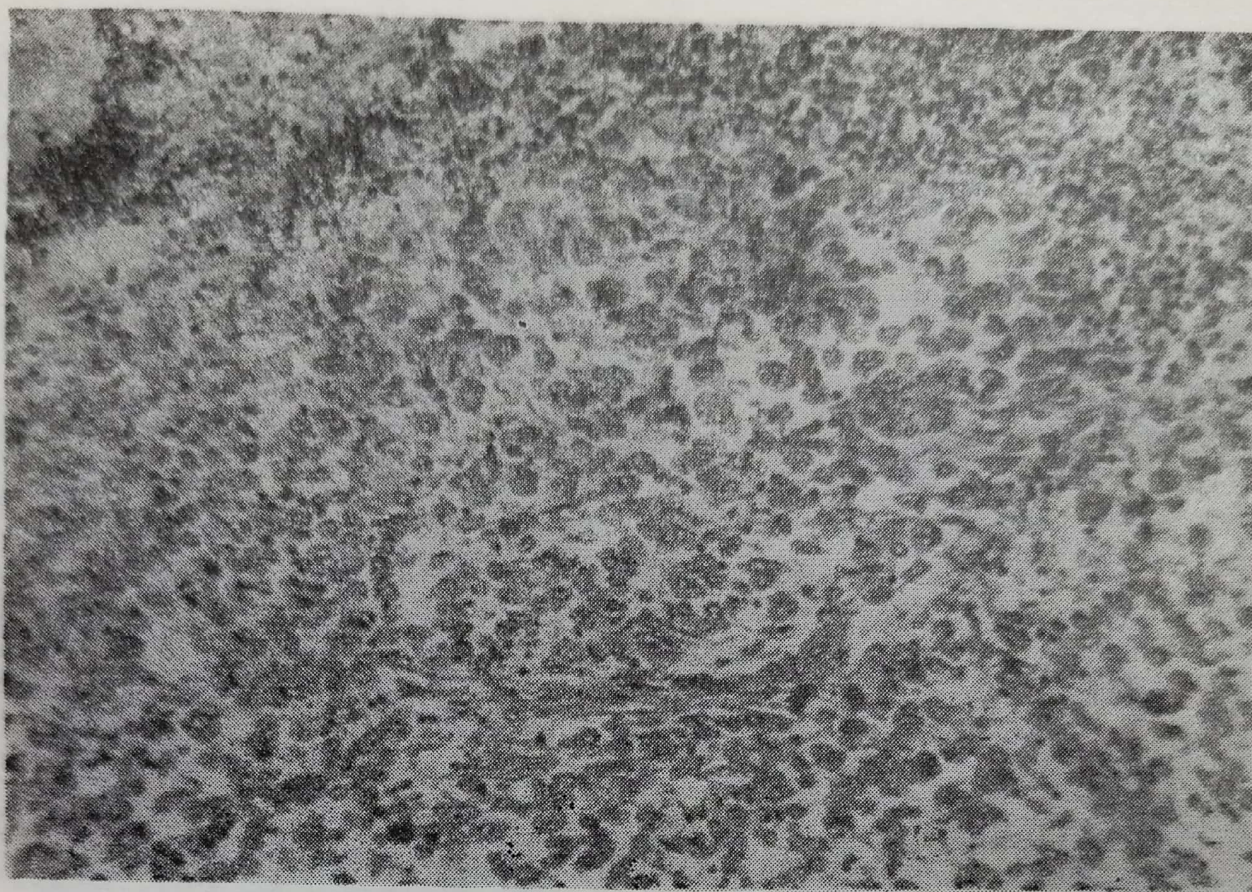
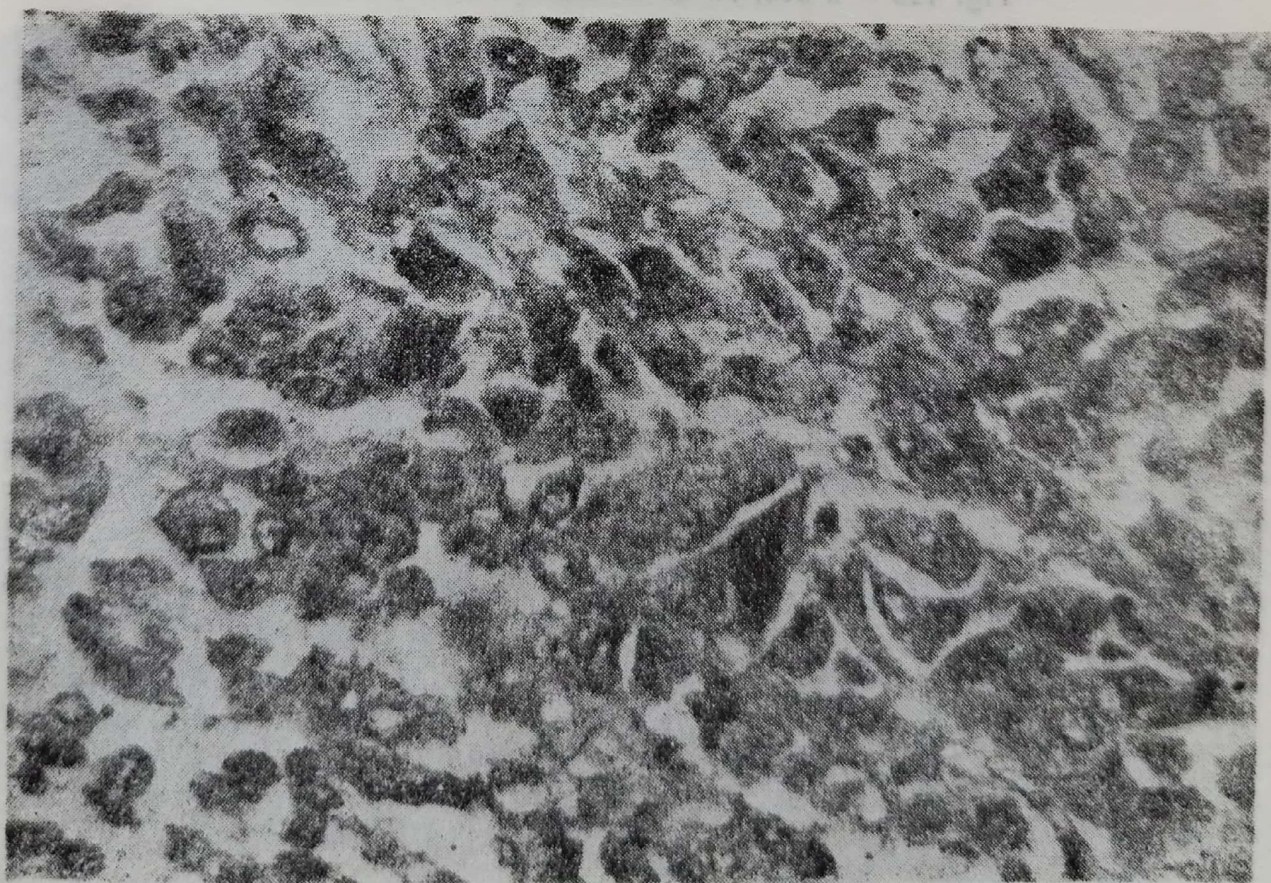


Fig. 150 – x 100, H. E. Carcinom cu celule mari (celule gigante)

Fig. 151 – x 200, H. E. Carcinom cu celule mari (celule gigante)



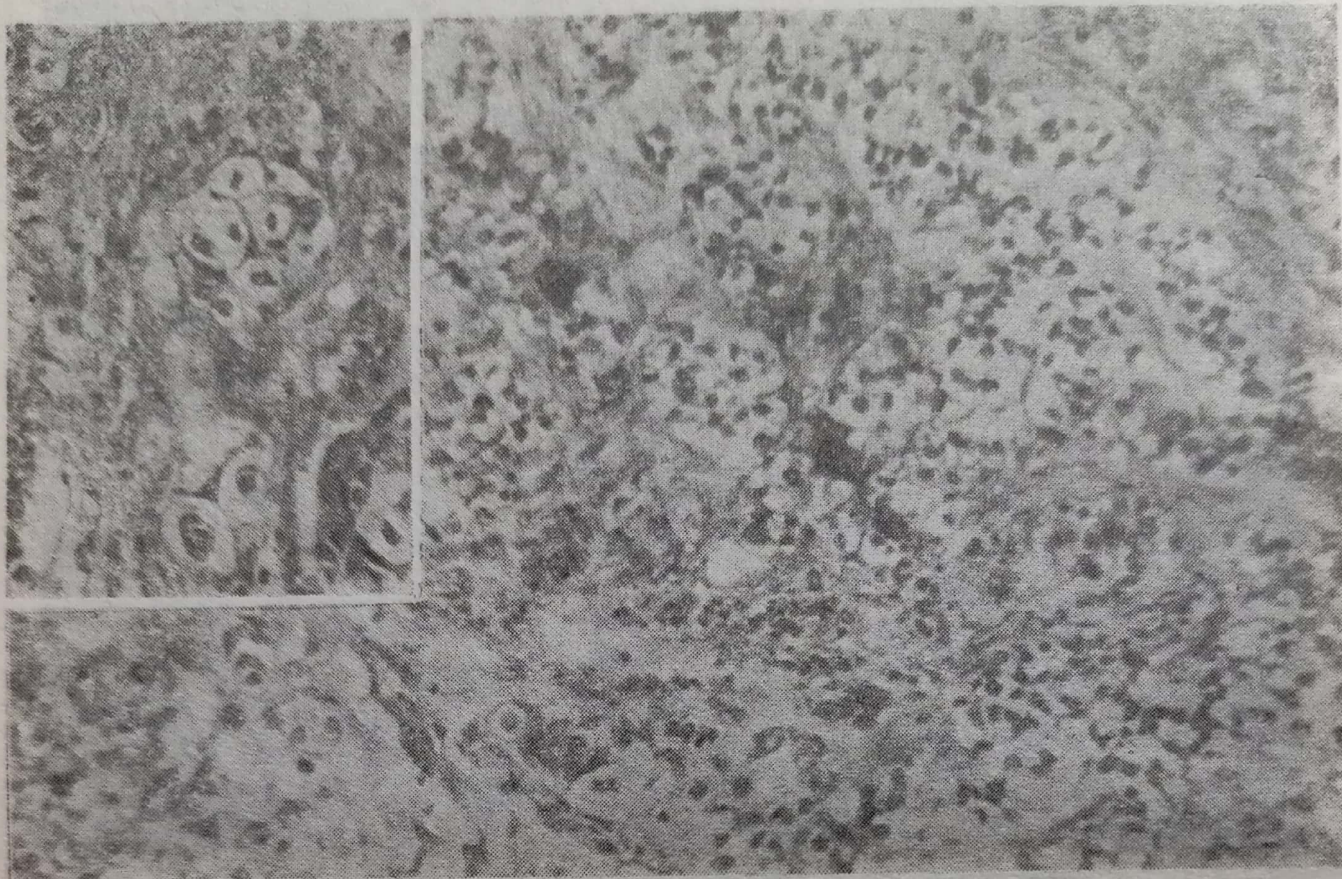


Fig. 152 — x 100, H. E. Carcinom cu celule clare

Fig. 153 — x 200, H. E. Carcinom cu celule clare



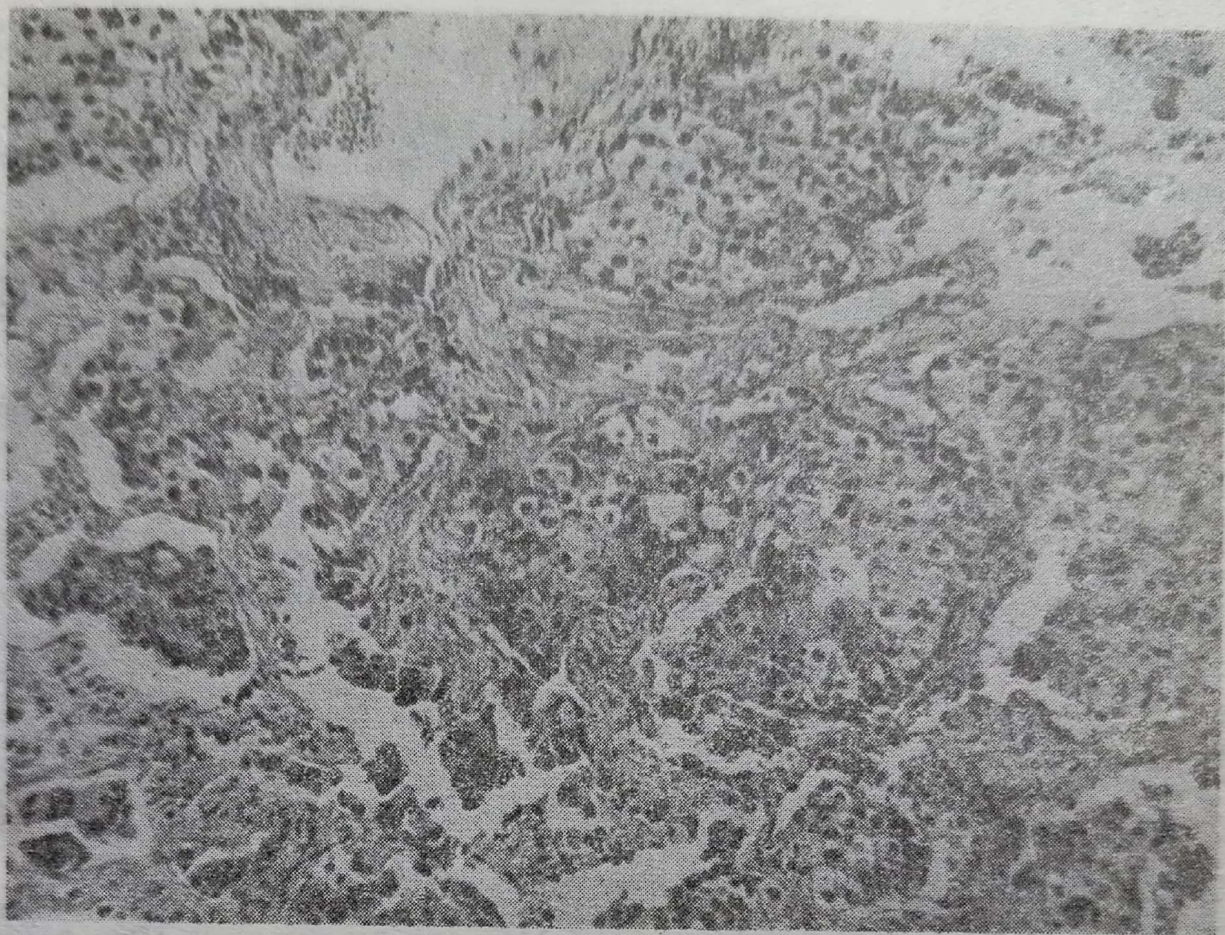
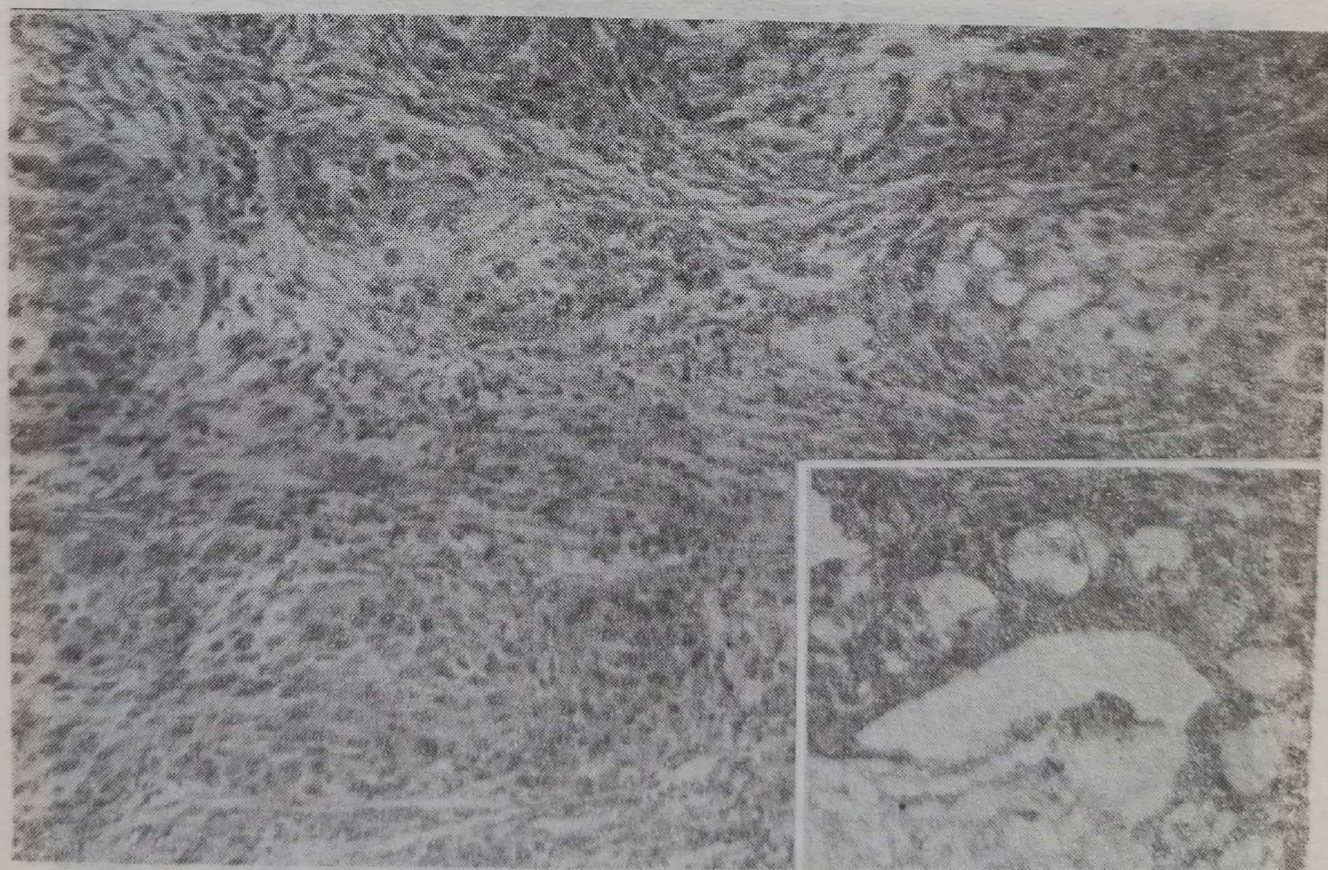


Fig. 154 – x 100 H. E. Carcinom cu celule clare

Fig. 155 – x 100, x 200, H. E. Carcinom compus (epidermoid și adenocarcinom)



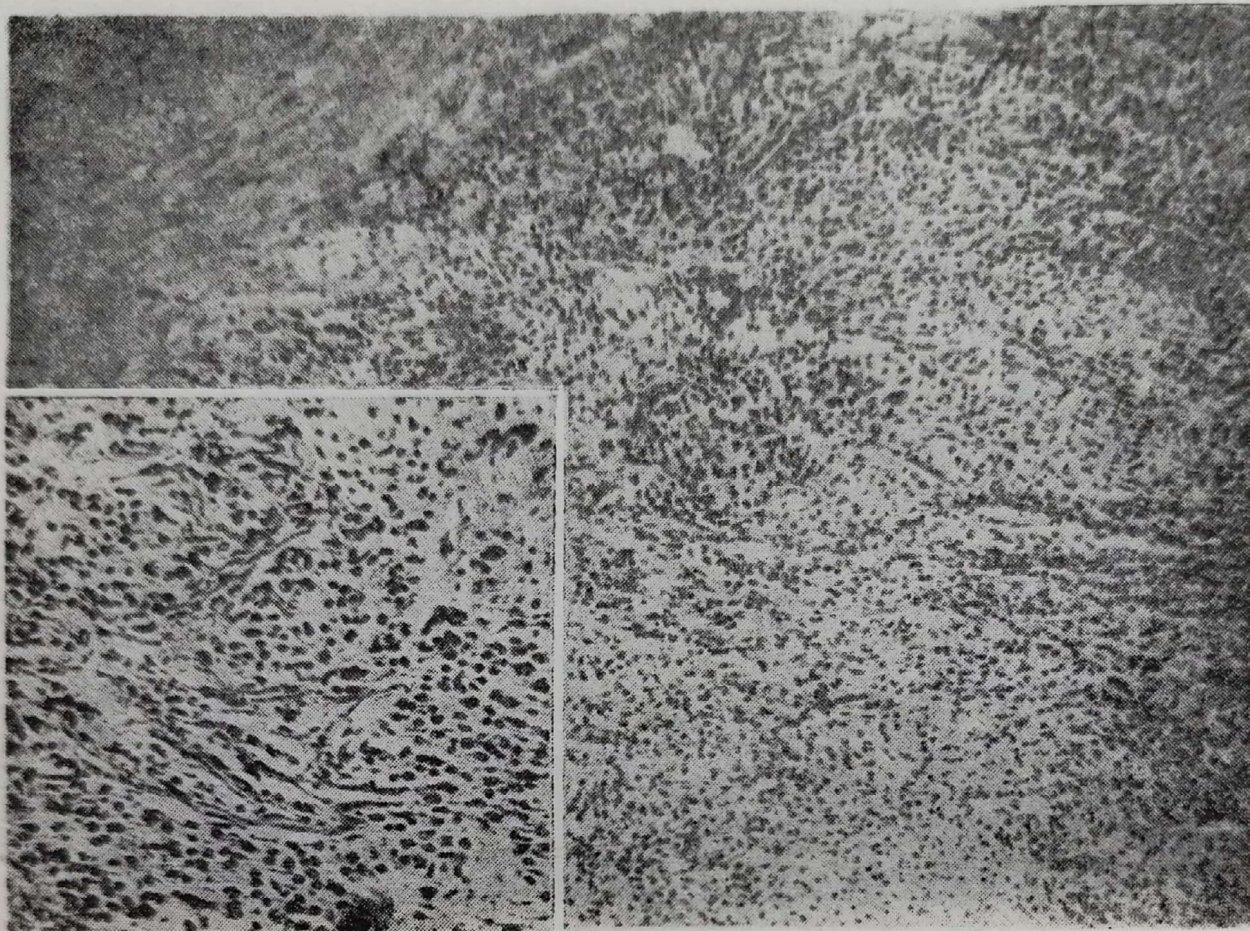
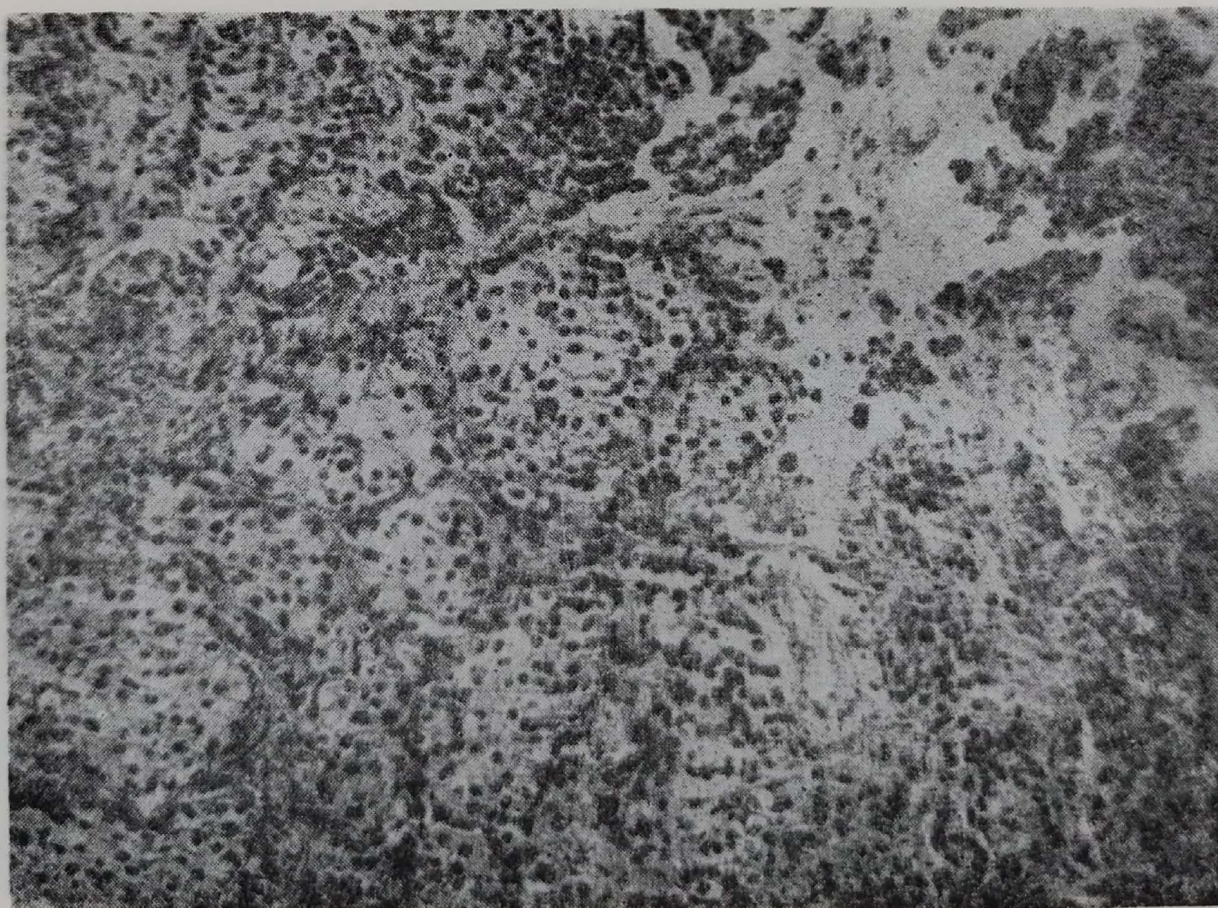


Fig. 156 — x 100, H. E. Carcinoid bronşic

Fig. 157 — x 200, H. E. Carcinoid bronşic



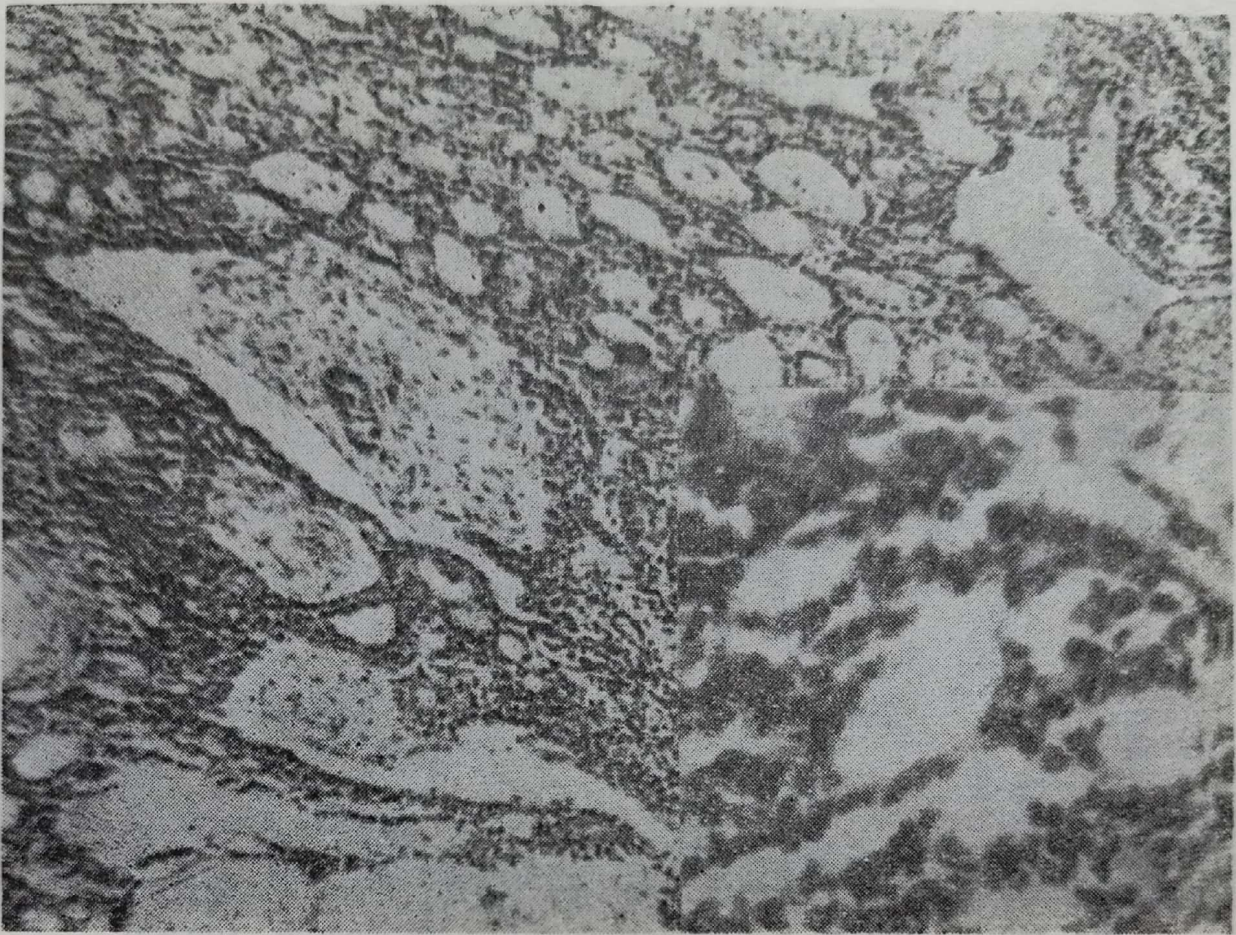
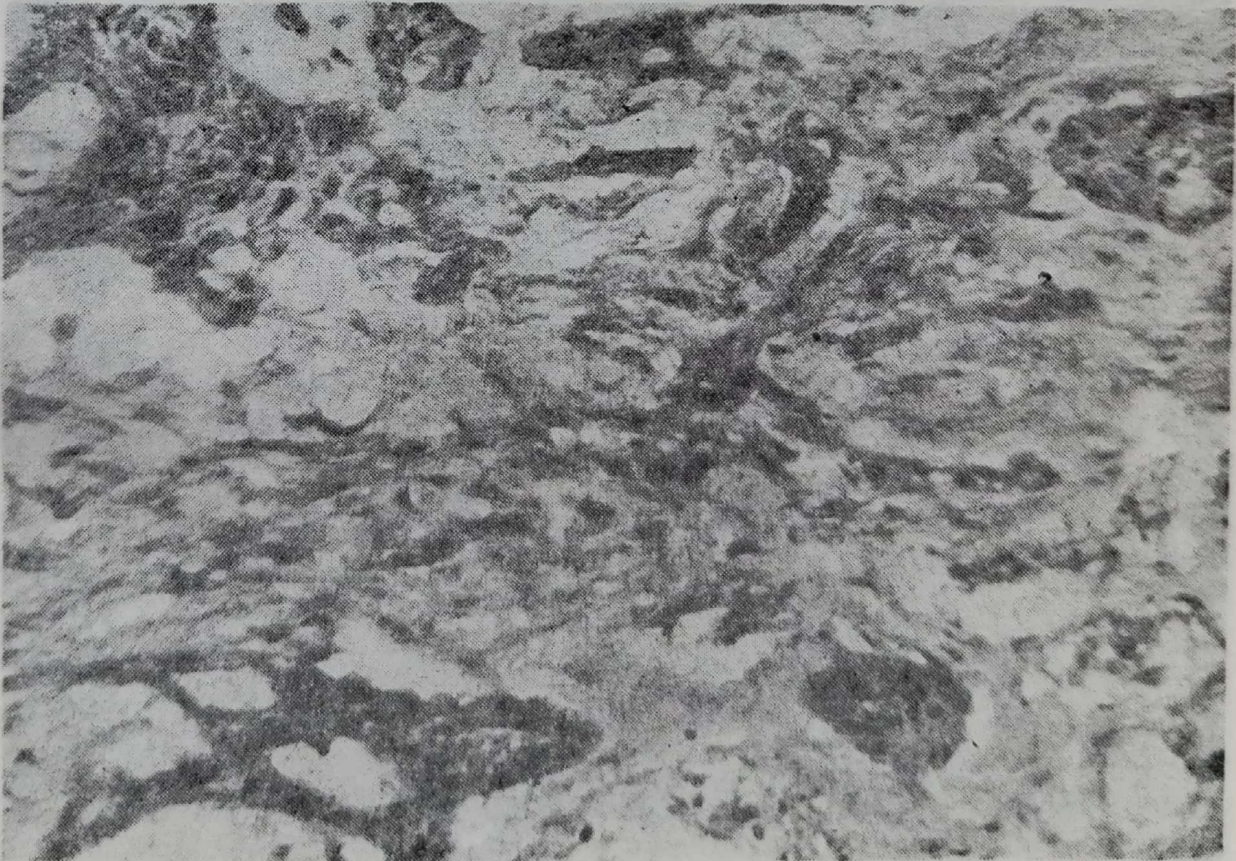


Fig. 158 – x 100, H. E. Cilindrom bronșic

Fig. 159 – x 100, H. E. Tumoră muco-epidermoidă



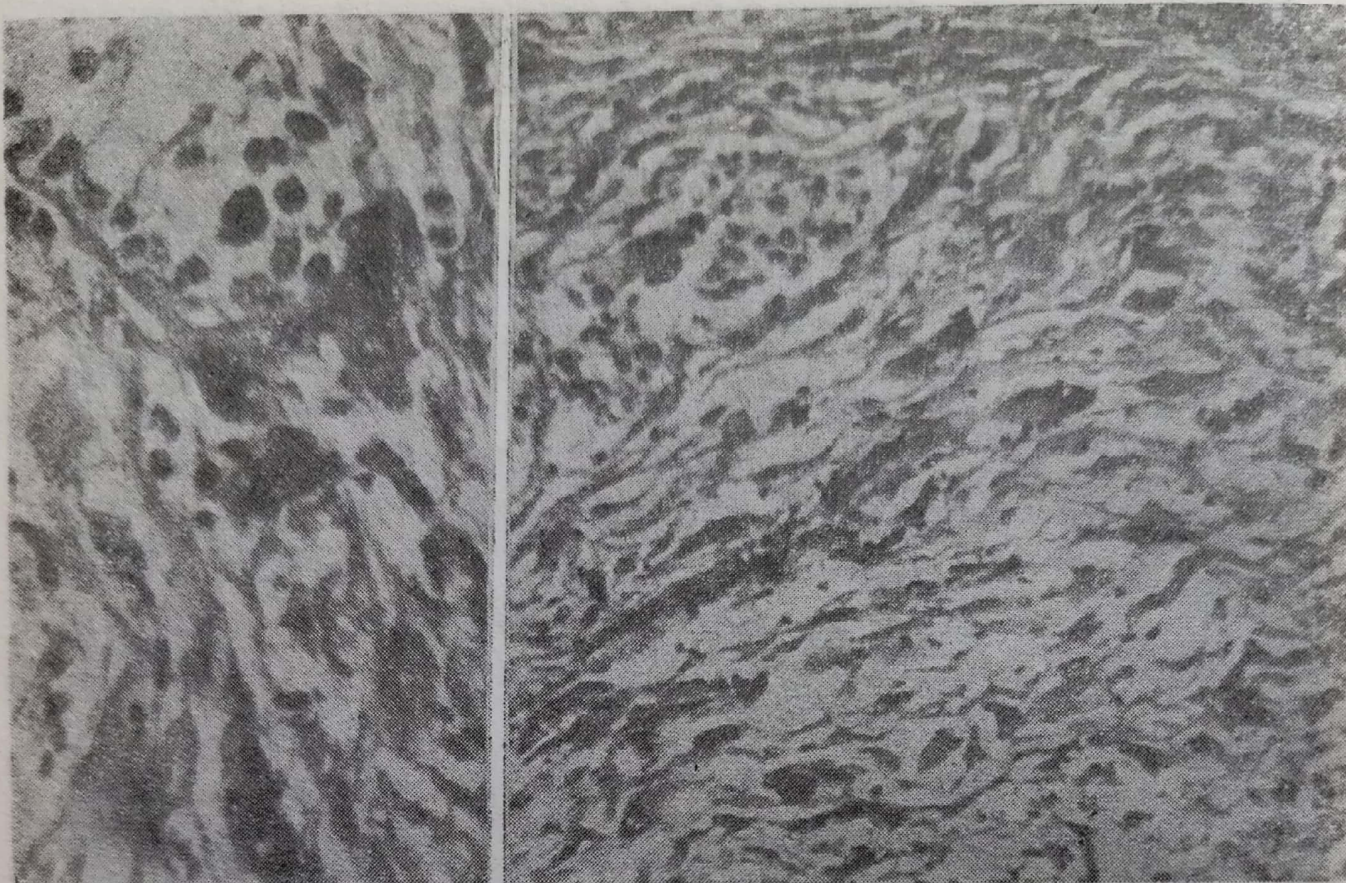
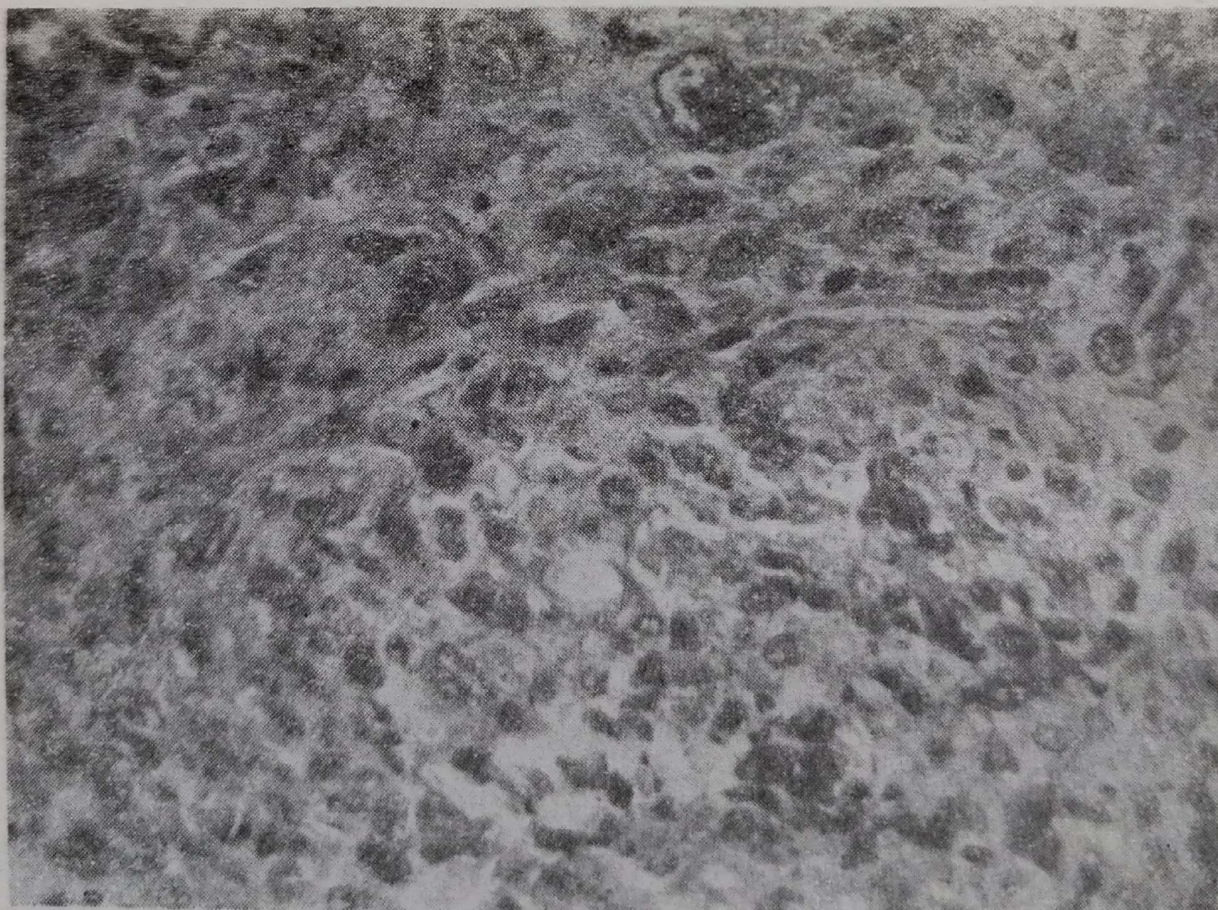


Fig. 160 – x 100, H. E. Carcinosarcom (A : carcinom, B : sarcom)

Fig. 161 – x 200, H. E. Sarcom polimorf pleuro-pulmonar



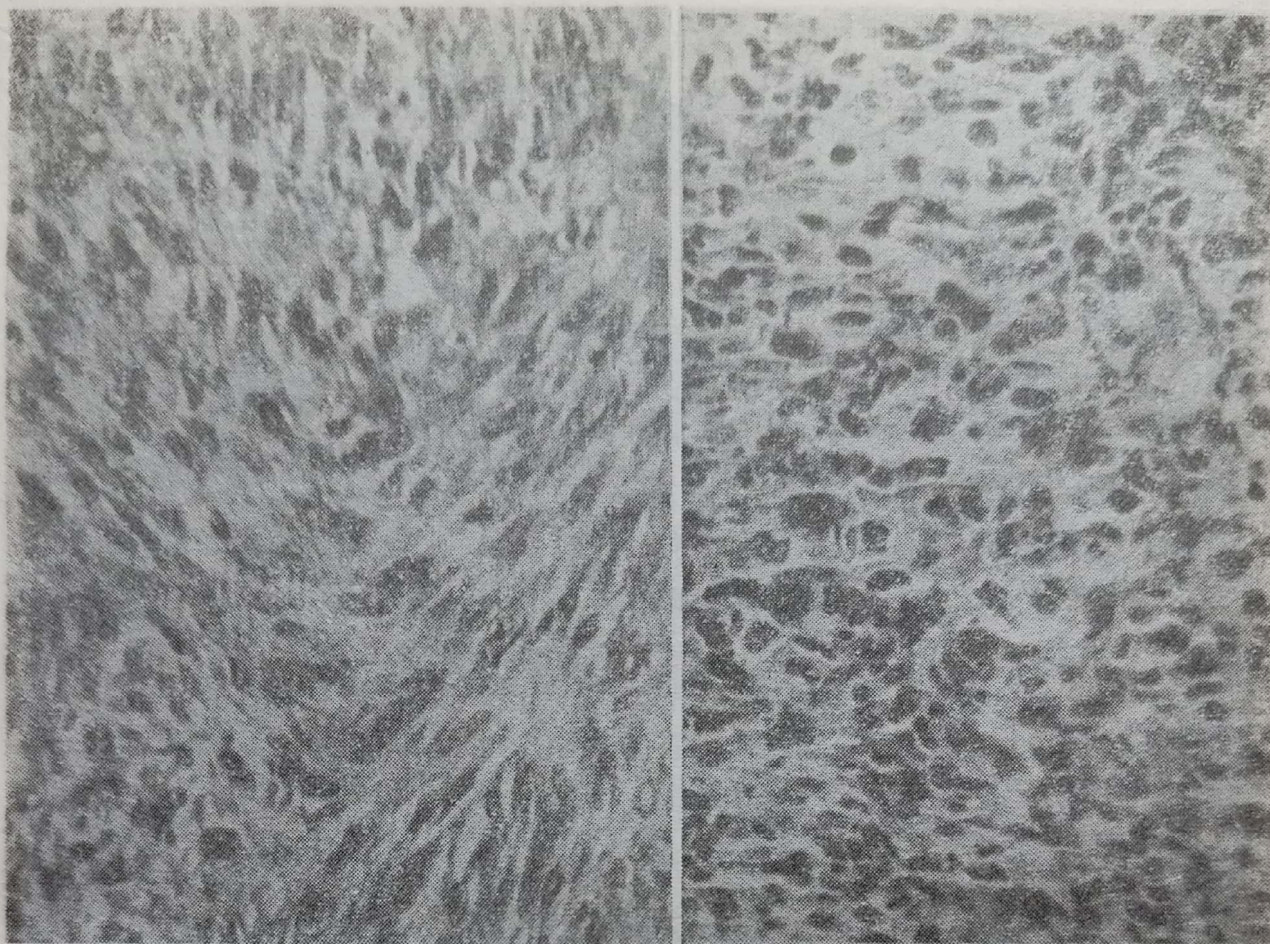
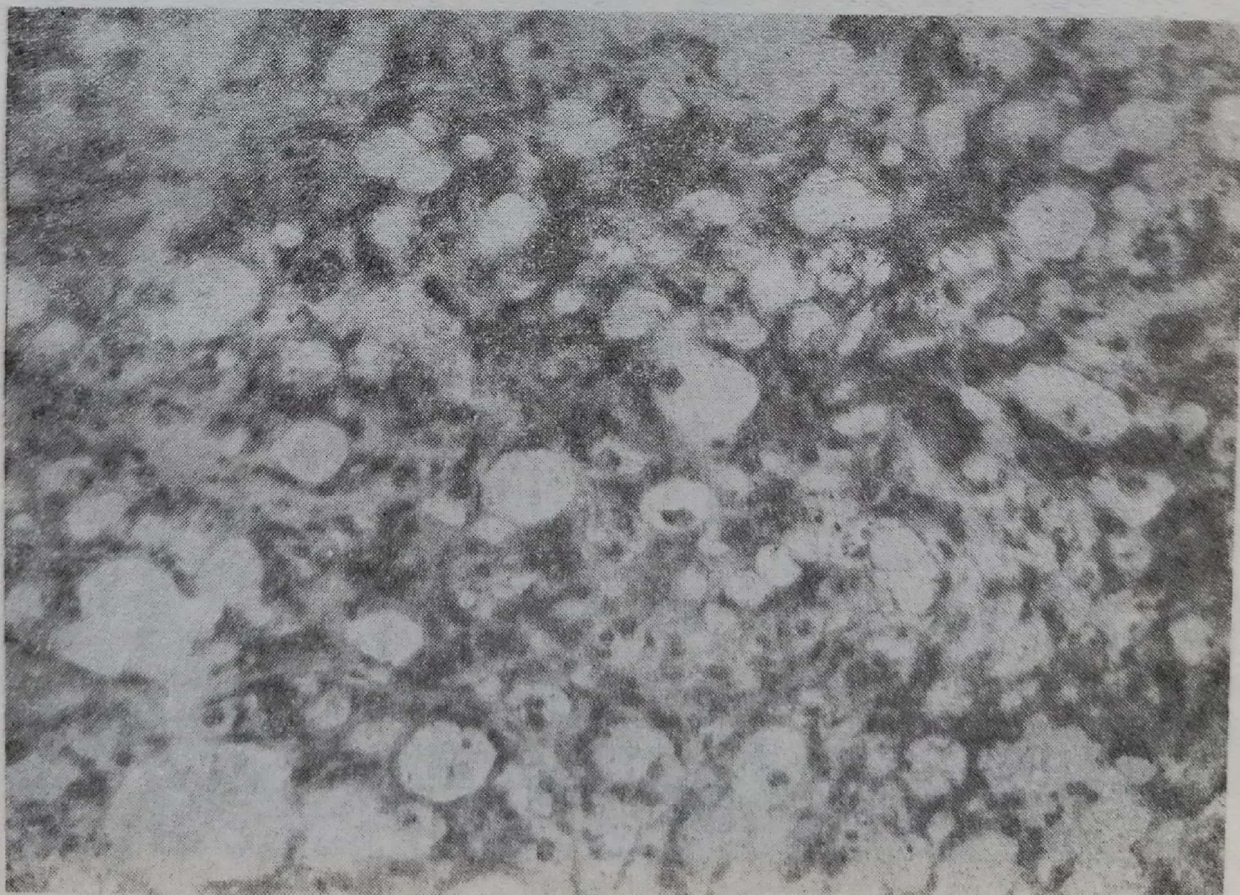


Fig. 162 – x 100, H. E. Sarcom fuzocelular (stg.) și sarcom polimorf (dr). pleuro-pulmonar

Fig. 163 – x 200, H. E. Liposarcom pleuropulmonar



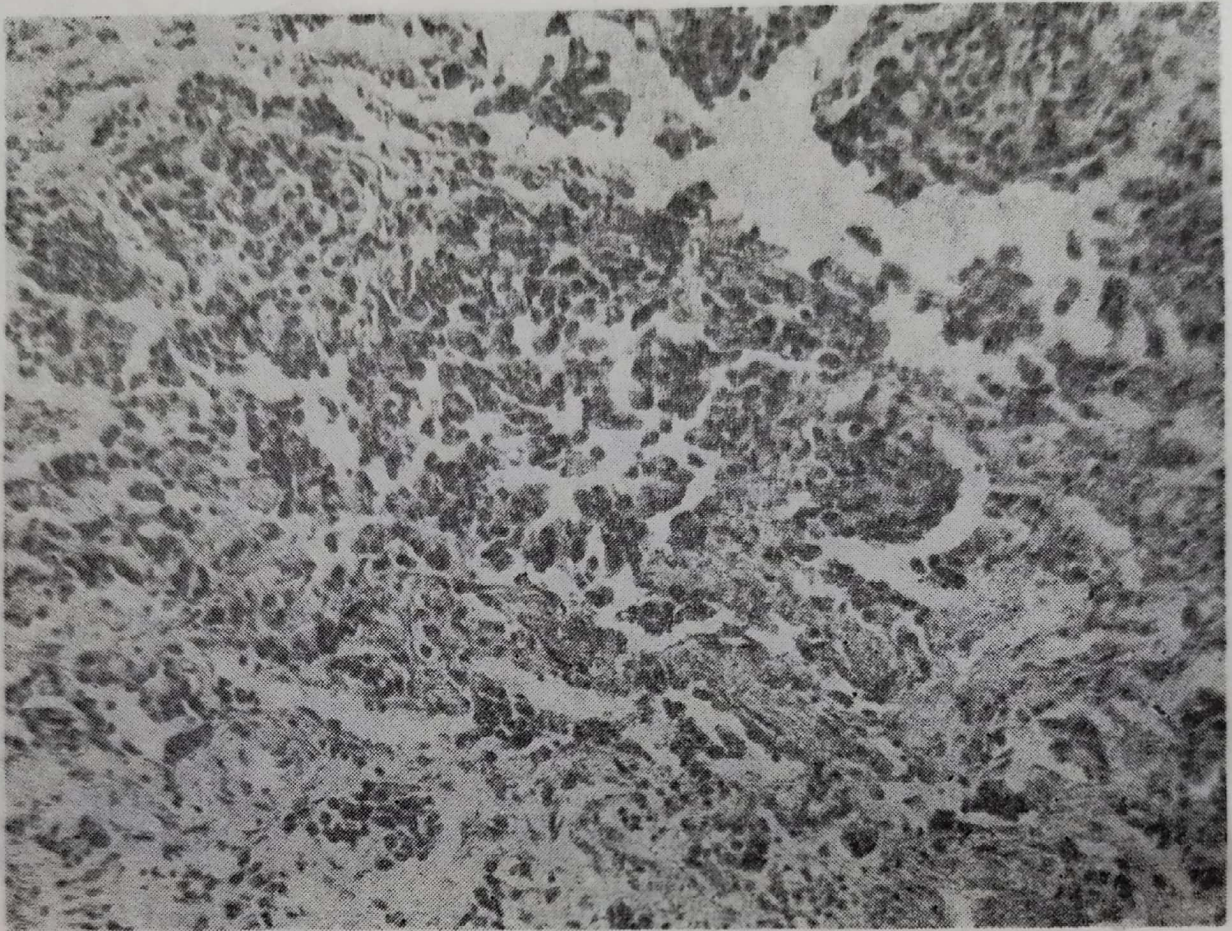
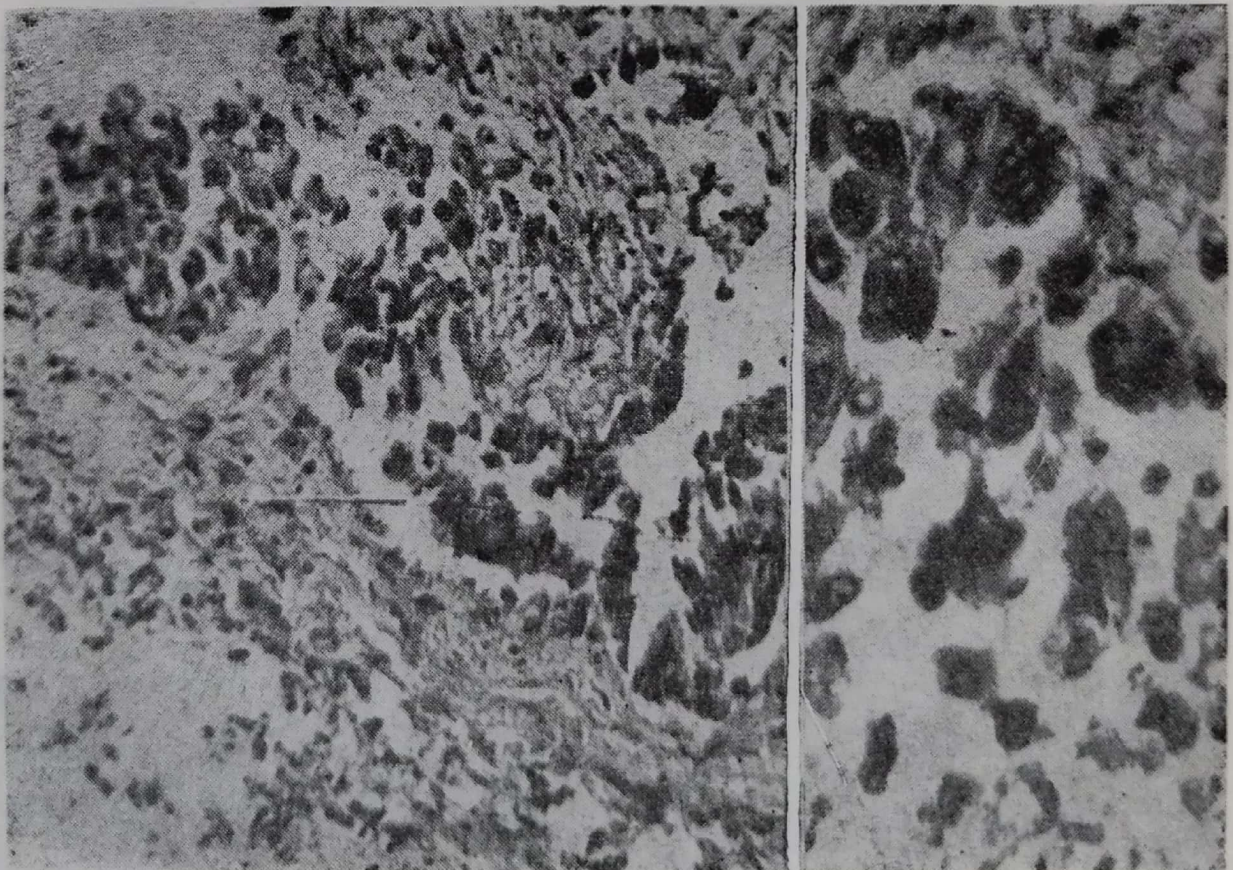


Fig. 164 — x 100, H. E. Mezoteliom pleural

Fig. 165 — x 200, H. E. Mezoteliom pleural



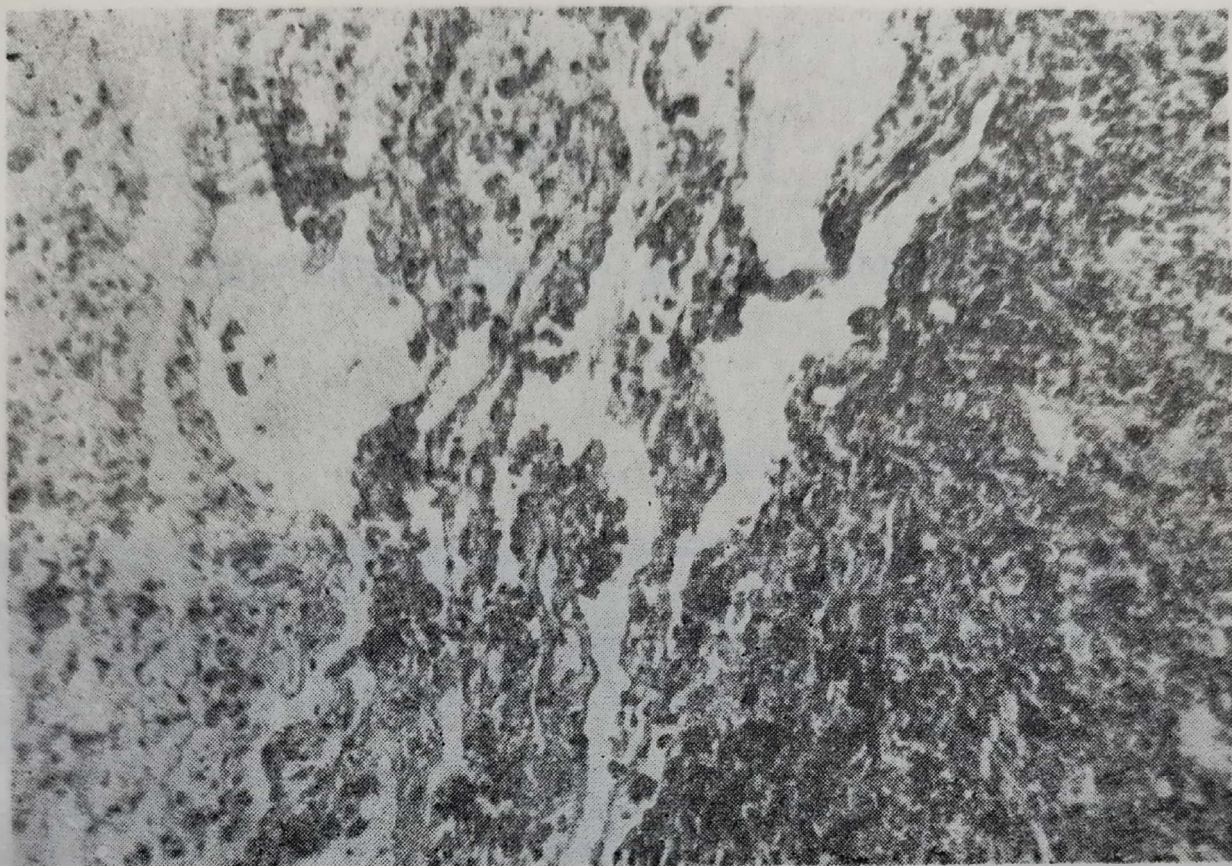
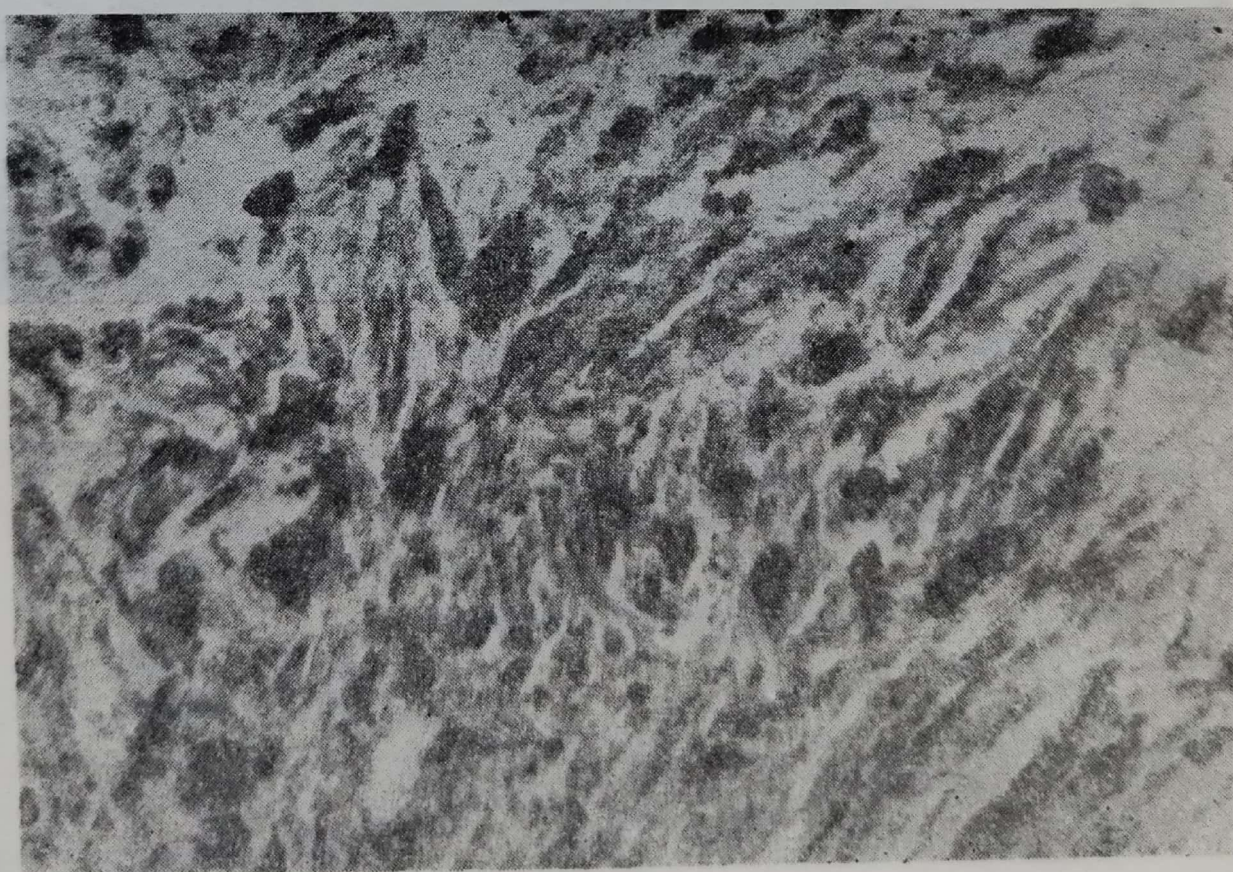


Fig. 166 – x 100, H. E. Melanom malign pulmonar

Fig. 167 – x 200, H. E. Melanom malign pulmonar (detaliu)



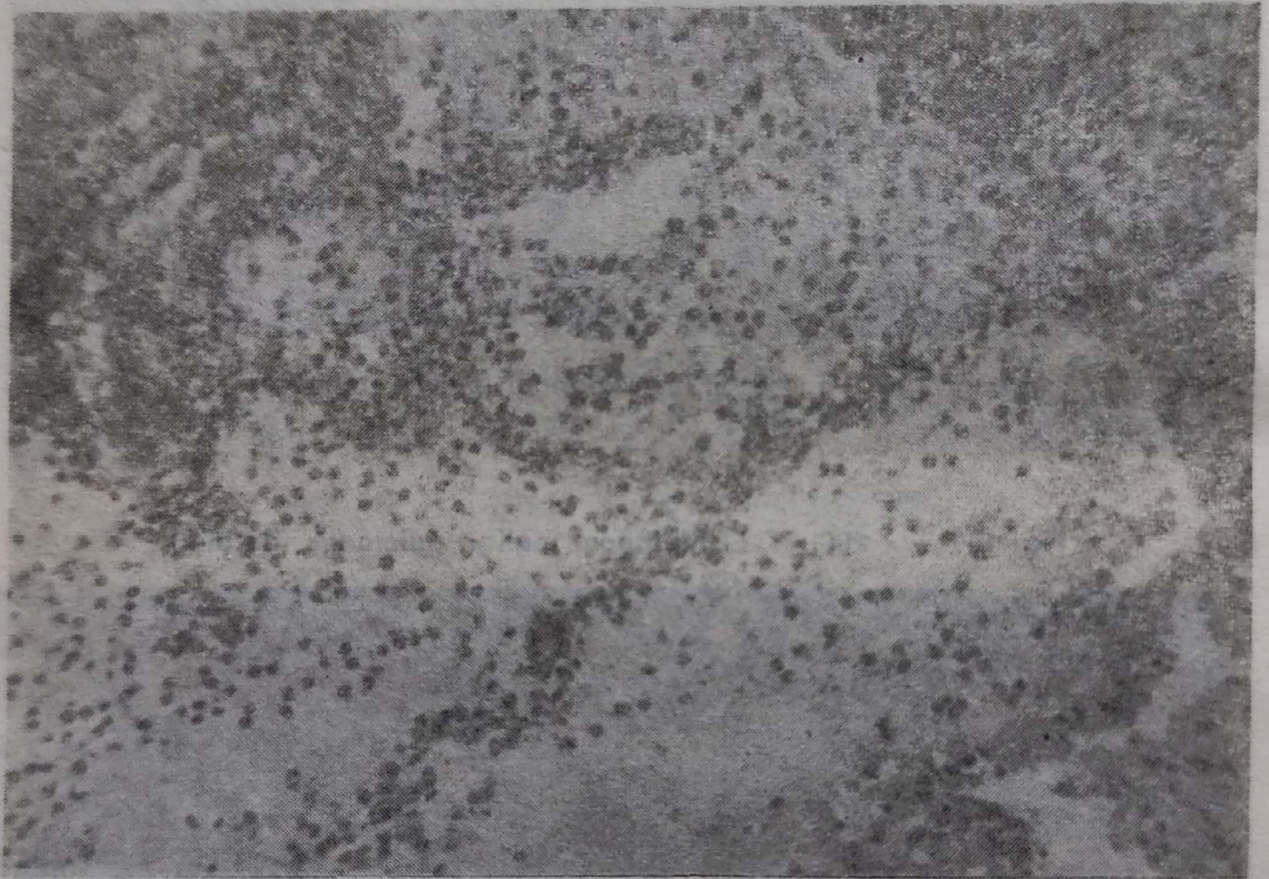


Fig. 168 – x 200, H. E. Infiltrație leucemică în pulmon

XVI-XVII

TUMORILE OSULUI ȘI ALE SINOVIALEI

GEORGEA TĂRĂBUȚĂ CORDUN

CLASIFICAREA PE STADII CLINICE A TUMORILOR MALIGNE PRIMARE ALE OSULUI

Clasificarea Institutului Oncologic
— București — 1960

- T₁** — Tumoră limitată la os, interesînd pînă la $\frac{1}{3}$ din dimensiunile unui os lat sau scurt sau ale unui segment de os lung sau
— Prezența semnelor de reacție periostală fără existența imaginii tumorale.
- T₂** — Tumoră limitată la os, interesînd între $\frac{1}{3}$ și $\frac{2}{3}$ din dimensiunile unui os lat sau scurt sau ale unui segment de os lung.
- T₃** — Tumoră limitată la os, interesînd peste $\frac{2}{3}$ din dimensiunile unui os lat sau scurt sau ale unui segment de os lung sau
— Tumoră limitată la os care depășește un segment al osului lung interesînd și un segment vecin, sau
— Tumoră indiferent de dimensiuni, cu spargerea corticalei dar fără invadarea țesuturilor moi vecine.
- T₄** — Tumoră, indiferent de dimensiuni, care invadează țesuturile moi vecine, sau
— Prezența diseminărilor neoplazice discontinuî în alt segment al aceluiaș os lung.
- M₀** — Fără metastaze la distanță.
- M** — Prezența metastazelor la distanță, adică a diseminărilor neoplazice, apărute în alt os sau în alte organe sau formațiuni anatomice sau în oricare grup ganglionar.

Grupare pe stadii clinice

Stadiul I T₁ M₀

Stadiul II T₂ M₀

Stadiul III $T_3 M_0$
 Stadiul IV $A : T_4 M_0$
 $B : T + M$

XVI. – Tipuri histologice de tumori primitive ale osului și leziuni pseudo-tumorale

„Histological Typing of bone tumours“ nr. 6 O.M.S., Geneva, 1972

A. – TUMORI PRODUCĂTOARE DE ȚESUT OSOS

a. – BENIGNE :

1. Osteom.
2. Osteom osteoid și osteoblastom benign. (3)

b. – MALIGNE :

1. Osteosarcom (sarcom osteogen).
2. Osteosarcom juxtacortical (osteosarcom parostal).

B. – TUMORI PRODUCĂTOARE DE ȚESUT CARTILAGINOS

a. – BENIGNE :

1. Condrom.
2. Osteocondrom (exostoza osteogenică).
3. Condrioblastom (condrioblastom benign, condrioblastom epifizar).
4. Fibrom condromixoid.

b. – MALIGNE :

1. Condrosarcom.
2. Condrosarcom juxtacortical.
3. Condrosarcom mezenchimatos.

C. – TUMORĂ CU CELULE GIGANTE (osteoclastom).

D. – TUMORI DE MĂDUVĂ OSOASĂ :

1. Sarcom Ewing.
2. Reticulosarcom osos.
3. Limfosarcom osos.
4. Mielom.

E. – TUMORI VASCULARE

a. – BENIGNE :

1. Hemangiom.

2. Limfangiom.
3. Glomangiom (tumoră glomică).
- b. – INTERMEDIARE (nedeterminate) :
 1. Hemangioendoteliom.
 2. Hemangiopericitom.
- c. – MALIGNĂ : Angiosarcom.

F. – ALTE TUMORI ALE ȚESUTULUI CONJUNCTIV

- a. – BENIGNE :
 1. Fibrom desmoid.
 2. Lipom.
- b. – MALIGNĂ :

Fibrosarcom, Liposarcom, Mezenchimom maling, Sarcom nediferențiat.

G. – ALTE TUMORI :

Cordom, Adamantinomul oaselor lungi, Schwannom (neurilem, neurinom), Neurofibrom.

H. – TUMORI NECLASATE

I. – LEZIUNI PSEUDOTUMORALE :

1. – Chistul osos solitar (simplu, unilocular)
2. – Chistul anevrismal
3. – Chistul juxtaarticular (nodul intraosos)
4. – Lacună fibroasă metafizară (fibrom neosificat)
5. – Granulom eozinofil (și alte leziuni paratumorale n. a.)
6. – Displazie fibroasă
7. – Miozită osifiantă
8. – Tumoră brună din hiperparatiroidism.

J. – TUMORI SECUNDARE (METASTATICE) (n. a.)

Schajowicz F., Ackerman L. V., Sissons H. A.

XVI. A. — Tumori producătoare de țesut osos

A. a. — Tumori benigne

OSTEOAMELE :

- 1— de tip osos = osteom : os compact
os spongios
- 2— de tip osteoblastic : osteom osteoid
osteoblastom benign

a. 1. — OSTEOM

Tumora este mai frecvent întâlnită în forma de „osteom unic“, iar apariția sa este adesea legată de un traumatism sau de o afecțiune osoasă. Forma de „osteom multiplu“ este mai rară și pare să aibă natură disgenetică.

Macroscopie : tumora este bine delimitată, cu aspect și consistență osoasă.

Microscopie : sînt diferențiate două aspecte :

- osteom compact (os compact cu un număr redus și neregulat de canale Havers) ;
- osteom spongios (travee osoase neregulate înconjurînd zone de măduvă adipoasă sau fibroasă).

Evoluție : prognostic bun.

a. 2. — OSTEOM OSTEOID

Frecvență : 3% din tumorile primitive ale osului, 450 cazuri publicate pînă în 1972.

Date clinice : tumora este întâlnită mai frecvent la sexul masculin, cel mai adesea între 10—25 ani și fără predilecție pentru

oase lungi sau scurte. Ea se manifestă prin dureri nocturne, tumefacție, modificări radiologice.

Macroscopie: osteomul osteoid este în general o tumoră de mici dimensiuni, alcătuită dintr-o zonă centrală, moale, roșie, sau cenușie (nidus) și o zonă periferică ce înconjoară nucleul central, se asociază și se continuă cu o margine de periost îngroșat și are aspect de osteocondensare.

Microscopie: în zona centrală se disting aglomerări de țesut osteoid tânăr, delimitat de osteoblaste și osteoclaste, în strictă vecinătate cu o bogată rețea vasculară și, uneori, cu aglomerări limfo-plasmocitare. Într-o fază mai avansată, țesutul osteoid devine os adult dens, dar dispus anarhic iar spațiile medulare se fibrozează. La periferia tumorii se întâlnesc aspecte de osteocondensare.

a. 3. — OSTEOLASTOM BENIGN

Frecvență: 10% din tumorile primitive osoase, 110 cazuri publicate pînă în 1972 (leziunea este individualizată relativ recent).

Sinonime: osteom osteoid gigant, fibrom osteogenic.

Date clinice: tumora apare mai frecvent în prima parte a vieții (6—30 ani) și mai adesea la sexul feminin. Oasele mai frecvent interesate sînt: corpul vertebral și arcurile posterioare vertebrale (cu semne de compresiune medulară), oasele lungi în zona metafizodiază, oasele iliace și costale.

Macroscopie: tumora este bine delimitată, friabilă, cu aspect roș-brun pe suprafața de secțiune și, uneori, chistică.

Microscopie: osteolastomul benign are un aspect mozaicat, datorită intricării a cuiburi de osteoblaste (care prezintă uneori mitoze sau nuclei atipici), cu travee osteoide, toate elementele fiind înglobate într-o tramă laxă, bogat capilarizată.

În această leziune se pot observa toate fazele de evoluție, de la țesut tânăr osteoformator la os adult (os lamelar cu arhitectura neregulată).

Evoluție: prognostic bun, recidive excepționale.

A. b. 1. OSTEOSARCOM

Frecvență : cea mai frecventă și mai malignă dintre tumorile primare ale osului.

Sinonime : sarcom osteogenic, sarcom osteoblastic, osteo-condro-fibro-mixo-sarcom.

Date clinice : tumora este semnalată mai frecvent la sexul masculin și, de obicei, la vîrsta tînră (între 10—25 ani). Apariția sa a fost legată adesea de un traumatism, de absorbția de substanțe radioactive de surse diferite sau de preexistența unei osteite deformante de tip Paget. Sediul său de predilecție este pe oasele lungi (în regiunile de creștere activă) : femur, tibia, humerus, ultimul loc fiind ocupat de oasele capului și trunchiului. Se semnalează prezența hiperfosfatasemiei care scade după extirparea tumorii.

Macroscopie : osteosarcomul este o tumoră voluminoasă, întinsă, polimorfă, cu aspect mozaicat format din zone osoase, zone moi, cărnoase, și elastice, focare hemoragice sau necrotice, acestea din urmă realizînd aspecte pseudochistice.

Microscopie : aspect polimorf alcătuit din : travee osoase și osteoide, plaje condroide de tip hialin sau reticulat, zone mixoide, insule de celule cu caracter sarcomatos de tip fuzocelular, plasmodial, polimorf, vase sarcomatoase, hemoragii și zone de necroză tumorală. Se disting 2 tipuri microscopice : SARCOM OSTEOGENIC (aspect de osteosarcom condensat, sclerozat, compact) care poate fi condroblastic, fibroblastic sau osteoblastic și SARCOM OSTEOLITIC (denumit încă sarcom telangiectazic, anevrism malign al osului, sarcom osteolitic cu celule gigante) care prezintă zone de distrucție osoasă, plasmodii, bogată vascularizație.

Evoluție : prognostic sever, supraviețuirea peste 5 ani este sub 5%.

A. b. 2. — OSTEOSARCOMUL — forme anatomo-clinice

1. OSTEOSARCOM CENTRAL, descris anterior, se propagă de la canalul medular către corticală și periost.

2. **OSTEOSARCOM PERIFERIC**, (osteom parostal, sarcom osteogenic juxta cortical, sarcom osteogenic parostal) care se dezvoltă pe periost cu invazia secundară a părților moi și a cortico-medularei osului. Tumora este alcătuită din trabecule osoase relativ ordonate și separate printr-o stromă în care se găsesc celule fuziforme cu nucleu atipic — aspect care dictează malignitatea tumorii. Tumora mai poate prezenta zone de țesut osteoid și cartilagos, uneori cu aspect controsarcomatos (Unni).

3. **OSTEOSARCOMATOZĂ** : tumora este explozivă multicentric de la început.

4. **OSTEOSARCOM EXTRASCHELETIC** : structuri osteosarcomatoase apărute în diverse organe (tiroidă, sân, uter, părți moi) însoțite sau nu și de alte neoplazii ale organului respectiv sub formă de carcinosarcoame sau tumori mixte maligne pluritissulare.

5. **OSTEOSARCOMUL PE FONDUL BOLII PAGET** (osteită deformantă) este uneori semnalat, cu localizare unică sau multiplă, cu caractere microscopice de fibrosarcom, sarcom cu celule gigante sau mielosarcom.

K. K. Unni and al. — Cancer, 1976, 37, 5, 2466-2475.

XVI. B. — Tumori producătoare de țesut cartilagos

B. a. 1. — CONDROM

Frecvență : tumoră relativ frecventă.

Date clinice : după localizare și număr se disting mai multe tipuri de condrom : encondrom (dezvoltat în centrul țesutului osos), econdrom (dezvoltat la periferia osului, se confundă cu exostoza osteocartilaginoasă), condrom solitar (reprezintă 15% din tumorile benigne osoase), condrom multiplu (condromatoza scheletică difuză, boala lui Ollier) evoluează către sarcomatizare în 1/4—1/5 din cazuri. Tumora (condromul) nu are preferință pentru sex sau vîrstă, localizarea de predilecție este la oasele extremităților (falange și metacarpene) și metafiza

oaselor lungi. Simptome comune sînt: durere, tumefacție, eventual fracturi patologice.

Macroscopie: tumora are aspect lobulat, cartilaginos, alb albăstrui. Lobulii sînt confluenți sau izolați, delimitați de plaje fibroase, zone de dezintegrare mucoidă, focare calcificate sau osificate.

Microscopie: structuri de cartilaj hialin, cu zone în care substanța fundamentală are caracter mixoid, puține celule, focare de necroză, calcificări și/sau osificări metaplastice. Uneori, celulele prezintă nuclei neregulați sau multipli, greu de diferențiat de aspectele maligne. Vascularizația este foarte redusă.

Variante: ECONDROMATOZA MULTIPLĂ (osteo-condrodisplazie) (boala lui Ollier) se distinge de formele anterioare prin difuziunea leziunilor, calcificări și osificări secundare. Cînd se asociază cu angioamele cutanate cavernoase sau/și capilare, se integrează în sindromul Maffucci-Kast. Aspectul microscopic al acestor forme este ușor diferit prin celularitatea mai crescută a tumorii și prezența de nuclei voluminoși.

Evoluție: prognostic bun, transformarea sarcomatoasă excepțională în toate formele, în afara condromului multiplu, care se poate maligniza.

B. a. 2. — OSTEOCONDROMUL

Frecvență: tumoră foarte frecventă, reprezintă aproximativ 43% din tumorile benigne ale osului.

Sinonime: osteocondrom solitar, exostoza osteocartilaginoasă solitară.

Date clinice: tumora este întilnită aproape în egală măsură pe oasele lungi (metafiza fertilă a osului), dar și pe alte oase cum sînt omoplatul, aripa osului iliac sau pe coaste. Simptomele obișnuite sînt: tumefacție paraarticulară, jenă în mișcările articulare, semne de compresiune vasculară și nervoasă.

Macroscopie: osteocondromul poate fi sesil sau pediculat, de mărimi variabile și de formă sensibil alungită în sensul tracțiunilor mecanice.

Microscopie: tumora este alcătuită din trei straturi:
— periferic cartilaginos (cartilaj hialin) cu densități celulare

variate, rare celule binucleate și vase în stratul profund către al 2-lea element.

— central osos (os spongios).

— baza de implantare (os compact în continuarea osului gazdă).

Evoluție: prognostic bun, în afara tulburărilor de compresie și eventualitatea excepțională a degenerării maligne.

Diagnosticul diferențial se face cu:

1. **OSTEOCONDROMATOZA MULTIPLĂ** (aclasis diafizar, discondroplazia deformantă hereditară, boala exostoza) caracterizată prin: exostoze multiple situate de predilecție pe oasele lungi, are caracter ereditar, necongenital, sexul masculin este mai atins, în 10—30% se poate transforma sarcomatos (condrosarcom).

2. **CONDROMATOZA SCHELETICĂ DIFUZĂ** (boala Ollier) este neereditară, are, de asemenea, potențe de malignizare.

B. α. 3. — CONDRIBLASTOM BENIGN

Frecvență: tumoră rară, 1% din tumorile benigne osteocartilaginoase.

Sinonime: tumoră gigantocelulară condromatoasă, tumoră gigantocelulară calcifiată, tumoră gigantocelulară condromatoasă epifizară.

Date clinice: tumora este întâlnită mai ales la adolescenți de sex masculin. Localizarea de predilecție este vecinătatea cartilajului de creștere (extremitate inferioară a femurului, superioară a humerusului, inferioară a tibiei), astragalul, ischionul sau osul iliac.

Macroscopie: tumora este de dimensiuni variabile, are culoare roz-cenușie, cu zone de necroză și hemoragie care îi imprimă un caracter pseudochistic. Ea este friabilă, sfărâmicioasă.

Microscopie: tumora este alcătuită din următoarele elemente:

— celule condromatoase obișnuite, fără mitoze;

— celule gigante multinucleate (diagnostic diferențial dificil cu tumora cu mieloplaxă);

— substanță fundamentală cu caracter mixoid sau condromixoid, cu câteva fibre reticulare sau colagene;

- zone de necroză și hemoragie (asemeni condrosarcomului);
- zone de necroză și calcificări neregulat distribuite;
- aspecte de fibrom condromixoid, cu celule fuziforme, constituind fondul tumorii.

Evoluție: prognostic relativ bun, malignizare sarcomatoasă excepțională (au fost publicate două cazuri de metastaze pulmonare verificate histopatologic).

B. a. 4. – FIBROM CONDROMIXOID

Frecvență: tumoră rară (1% din tumorile osoase).

Date clinice: tumora este semnalată, de obicei, între 10—40 ani, pentru unii autori fără preferință de sex, pentru alții cu preponderență pentru sexul masculin, se localizează mai ales la nivelul tibiei, diafizometafizar.

Macroscopie: neoformațiunea are caracter ferm, elastic, este alb-gălbuie (pe suprafața de secțiune), fără diferențiere cartilaginooasă.

Microscopie: se disting următoarele aspecte:

- zone mixoide (substanță fundamentală laxă, edematoasă, mucicarmin negativ).
- zone fibroconjunctive (țesut fibrovascular).
- zone condroide (cu substanță fundamentală PAS pozitivă).
- rare celule xantomatoase și depozite de hemosiderină, rare celule fuziforme, celule macrofage și plasmodii (de tip osteoclastic).
- zone de calcificare (excepțional).
- foarte rare celule cu nuclei mari, atipici (ridică problema diagnosticului diferențial cu condrosarcomul).

Evoluție: prognostic bun, tumora crește lent, progresiv, cu caracter local. Majoritatea autorilor susține că tumora nu degenerază.

B. b. 1. – CONDROSARCOMUL

Frecvență: 13% din tumorile maligne ale osului.

Date clinice: tumora se întâlnește mai frecvent la sexul masculin, la vîrsta adultă și este, de obicei, localizată pe oasele bazinului, coaste, omoplat și extremitatea superioară a femu-

rului și humerusului. Din punct de vedere morfo-clinic se disting următoarele forme :

- condrosarcom central (pe oasele lungi) ;
- condrosarcom periferic (pe oasele plate) ;
- condrosarcom primitiv ;
- condrosarcom secundar (pe fondul unei boli osoase preexistente).

Macroscopie : condrosarcomul poate prezenta dimensiuni variabile, uneori este foarte voluminos, cu aspect cartilaginos, lobulat, alb-translucid. În masa cartilaginoasă se disting zone de necroză și câte odată se individualizează spicule osoase.

Microscopie : diagnosticul histopatologic este, uneori, foarte dificil și se sprijină numai pe atipiile și monstruozițiile celulelor înconjurate de o mantie hialină, la distanță de focarele de necroză. O formă particulară de condrosarcom este „condrosarcomul mixoid“, tumoră rară la care au fost raportate 41 de cazuri și care se concretizează microscopic prin prezența unei matrice bazofile, mixoide în care sînt împlîntate celule cu următoarele caractere : fuziforme cu nuclei hipercromi și citoplasmă eozinofilă și celule condroide puțin diferențiate.

Substanța fundamentală dă reacții pozitive la PAS, mucicarmin, albastru alcian, fier coloidal și fucsine aldehydă.

Tumora a fost descrisă, pentru prima dată, în 1953.

Evoluție : lentă, recidive și metastaze tardive.

M. T. Smith, C. J. Farinacci, H. A. Carpenter, G. A. Bannayan — Cancer, 1976, 37, 2, 821-827.

B. b. 3. — CONDROSARCOM MEZENCHIMATOS

Frecvență : tumoră rară, a fost individualizată în 1959, cînd au fost prezentate 65 de cazuri din care 44 cu localizare osoasă și 21 cu localizare extrascheletală. (Lichtenstein și Bernstein — cit. Guccion).

Date clinice : nu are preferință de sex, se întâlnește mai ales la vîrsta adultă și, mai adesea, este localizat pe oasele plate (vertebre, maxilar, metatars, omoplat).

Macroscopie : același aspect ca forma descrisă anterior.

Microscopie : tumora prezintă două varietăți tisulare distincte :

- 1) un fond constituit din celule fuziforme sau poliedrice slab delimitate, orientate către spațiile vasculare pe care le conțin.
 - 2) insule cartilaginoase neregulate și inegale, net delimitate de fondul celular. Diagnosticul diferențial se face cu hemangio-pericitomul malign, sarcomul sinovial și condrosarcomul.
- Evoluție* : prognostic rezervat, evoluție lentă, recidive și metastaze în organe.

J. G. Guccion, R. L. Font, F. M. Enzinger, L. E. Zimmermann — Arch. of Pathol., 1973, 95, 5, 336.

XVI. C. — Tumori cu celule gigante

OSTEOCLASTOMUL

Frecvență : tumoră rară, aproximativ 5% din tumorile primare ale osului.

Sinonime : sarcom mieloid, tumoră cu mieloplaxe.

Date clinice : după unele date tumora afectează ambele sexe în mod egal și este mai frecvent întâlnită între 20—40 ani. Localizarea de predilecție este la nivelul epifizelor fertile a oaselor lungi (extremitatea inferioară a femurului, superioară a tibiei și peroneului, inferioară a radiusului. Tumora este însoțită de durere, impotență funcțională, deformarea regiunii și modificări radiologice.

Macroscopie : osteoclastomul este o tumoră de dimensiuni variabile, bogat vascularizată. uneori cărnoasă și neregulată, alteori moale și mixoidă. Pe suprafața de secțiune, tumora are o mare variație de culori, de la roșu-brun (zone hemoragice) la galben-orange (depunere de lipide). Datorită zonelor de necroză și hemoragie, neoplazia îmbracă pe alocuri caractere de tumoră pseudochistică.

Microscopie : osteoclastomul este format din două feluri de celule :

- celule gigante (plasmodii de 30—60 microni) cu citoplasma fin granulară, uneori vacuolizată, bogată în fosfataze acide.
- celule mononucleate, fuziforme, ovoide sau rotunde, dispuse în cîmpuri de celule, cu nuclei reguțați, voluminoși, a că-

ror aspect dictează prognosticul tumorii. Celulele sînt înconjurate de o tramă de collagen și fibre de reticulină. Se remarcă o bogată vascularizație, uneori sub formă de lacune sanghine. Este prezentă o intensă osteoliză.

Tumora conține uneori celule xantice și siderofage.

Forme morfo-clinice: se disting următoarele forme:

— FORMA LINIȘTITĂ: tumora are tendință regresivă, caracter fibro-blastic și delimitare netă;

— FORMA EVOLUTIVĂ: tramă laxă, edematoasă și hemoragică, osteoliză intensă și sînt prezente cele două varietăți de celule. Această formă recidivează în 20—30% din cazuri;

— FORMA „SARCOM CU MIELOPLAXE”: se disting mitoze anormale și atipii nucleare a celulelor mononucleate, embolii venoase. În acest caz, periostul este rupt și părțile moi sînt invadate.

Evoluție: prognostic foarte rezervat, în funcție de aspectele microscopice, care însă nu traduc întotdeauna malignitatea tumorii.

Diagnosticul diferențial morfo-clinic se stabilește cu:

- chistul osos simplu (solitar);
- chistul anevrismal al osului;
- condroblastomul benign al osului;
- fibromul neosificant;
- forme litice de osteosarcom;
- tumora brună din osteoza fibrogeodică Recklinghausen;
- tumora cu mieloplaxe din cursul bolii Paget;
- granulomul inflamator (cu celule gigante din maxilar).

Toate aceste forme dețin mieloplaxe, fără a fi tumori cu mieloplaxe. Ele vor fi descrise la capitolul „Leziuni pseudo-tumorale”.

XVI. D. — Tumori de măduvă osoasă

D. 1. — Sarcomul Ewing

Frecvență: 0,8% din toate tumorile osoase.

Sinonime: reticulosarcom osos, mielom endotelial, endoteliom al osului.

Date clinice : tumora este descrisă aproape exclusiv la vârste tinere (9 din 10 cazuri înainte de 40 ani), cu predilecție pentru sexul masculin. Ea este localizată, de obicei, pe metafiza oaselor lungi (femur, humerus), mai rar pe oasele plate sau scurte. Simptomele clasice sînt : durere continuă sau intermitentă cu exacerbare nocturnă, febră, anemie, polinucleoză, V.S.H. crescut.

Traumatismul este semnalat în antecedente.

Macroscopie : tumora prezintă, de obicei, mai multe localizări, ea se dezvoltă de la centrul osului către periferie imprimîndu-i un caracter piriform. Ea este moale, encefaloidă, cenușie, cu zone de necroză. Tumora are aspect osteolitic și osteogenic în același timp.

Microscopie : aspect histologic monomorf. Sarcomul Ewing este constituit din celule uniforme cu nucleu rotund sau ovalar, nucleoli puțin vizibili, mitoze rare, citoplasma slab delimitată, *conținînd glicogen*. Celulele se dispun în insule care sînt separate între ele prin benzi de reticulină și conjunctiv. *În rest, reticulina este negativă*. Adesea, celulele tumorale se orientează perivascular, dînd imagini de periteliom sau sînt așezate în rozetă (artefact ?) ca în neuroblastom. Se remarcă prezența de zone întinse de necroză tumorală.

Diagnosticul diferențial se face cu mielomul atipic, sarcomul osteolitic, sarcomul cu celule reticulare și carcinomul metastatic.

Evoluție : prognostic sever, supraviețuire scurtă în absența tratamentului ; tumora este roentgen sensibilă, fără ca vindecarea să fie întotdeauna definitivă.

D. 2. — Reticulosarcomul osos

Frecvență : în 1939, au fost descrise 17 cazuri, de către Parker și Jackson, după care leziunea a fost recunoscută ca entitate.

Sinonime : sarcom reticular al osului, sarcom osos de tip Parker și Jackson.

Date clinice : tumora are predilecție pentru sexul masculin și este întîlnită mai frecvent între 35—40 ani. Simptomele sînt asemănătoare celor întîlnite în sarcomul Ewing și, uneori, o fractură patologică trădează prezența neoplaziei.

Macroscopie : reticulosarcomul osos este de obicei o tumoră solitară cu caracter osteolitic, neregulat, encefaloid, de culoare roz-cenușie pe suprafața de secțiune.

Microscopie : aspectul microscopic al tumorii este uniform, monomorf. Ea este alcătuită din celule asemeni unor limfocite foarte mari, cu citoplasma acidofilă, aglomerate sau la distanță între ele și legate prin punți de citoplasmă. Nucleul este neregulat, uneori polilobat, cu cromatină în boțuri și nucleoli vizibili. *Glicogenul este absent* în citoplasmă. Celule izolate sau grupe celulare sînt *înconjurate de o rețea de reticulină* în care uneori se găsesc limfociți dispersați.

Evoluție : prognostic rezervat, uneori supraviețuirea peste 10 ani de la diagnostic este posibilă.

Notă : în ultimul timp, se impune tot mai mult ideea că sarcomul Ewing și reticulosarcomul osos sînt faze diferite ale aceleiași tumori.

D. 4. — MIELOAME

Sistematizare : mielom : a. — plasmocitar	{ solitar multiplu
b. — neplasmocitar	{ sarcom mieloblastic sarcom mielocitar sarcom mielocitar polimorf
c. — afecțiuni de graniță (continuate cu leucoze.	

a. — MIELOM PLASMOCITAR

Frecvență : reprezintă 1/5 din toate sarcoamele osoase.

Sinonime : mielom cu plasmociți, mielosarcom plasmocitar plasmocitom, boala lui Kahler, sarcom plasmocitar.

Date clinice: tumora se întâlnește mai frecvent la sexul masculin (70%), la vîrsta adultă (în jurul decadei 6—7). Oasele cele mai interesate sînt acelea care dețin măduvă hematogenă, preponderent corpurile vertebrale, apoi craniu, coaste, clavicula, omoplatul, oasele bazinului. Simptomele frecvent semnalate sînt: tasarea corpurilor vertebrale cu paraplegie consecutivă, fracturi patologice, anemie, hemoragii, V.S.H. crescut, tulburări gastro-intestinale, tulburări renale (albuminurie Bence Jones), prezența de proteine mielomatoase, unele identice imunoglobulinelor din serul normal (paraproteinoză), limfadenopatie, infiltrații tumorale perinervoase.

Leziunile craniene sînt foarte caracteristice, dar tardive.

Tumora poate fi solitară, la început, (rar) și multiplă apoi, sau multiplă de la început (frecvent).

Macroscopie: tumora este obișnuit nodulară, dar poate fi și difuză. Ea este de consistență moale, gelatinoasă, de culoare cenușie cu zone roșii, hemoragice. Radiologic și macroscopic ea poate fi confundată cu un carcinom metastatic, reticulosarcom, tumoră cu celule gigante sau cu un fibrosarcom.

Microscopie: în mod obișnuit, celula componentă este plasmocitul matur tipic, cu nucleu în spiță de roată. Există însă și tumori formate din celule mari (25—30 microni) cu citoplasma vacuolară, nucleu burjonat, rar polilobat sau dublu. Între celule se pot găsi substanțe vitroase paraproteice, corpi Russel, depozite proteice cristalizate, amiloid. Celulele se dispun în mase compacte sau în cordoane distincte.

Evoluție: prognostic sever, metastaze de preferință osoase și apoi extrascheletice: ganglion, ficat, splină, organe cu țesut reticuloendotelial, rinichi, pulmon, cord, tiroidă, tub digestiv, organe genitale, țesut subcutanat.

b. — MIELOM NEPLASMOCITAR

Frecvență: de două ori mai puțin numeroase decît mieloamele plasmocitare.

Sinonime: sarcom cu evoluție granulocitară.

Date clinice: fără preferință de vîrstă, fără localizare osoasă

electivă, cu aspecte serologice și urinare asemănătoare formei plasmocitare.

Macroscopie: la fel ca în mielomul plasmocitar.

Microscopie: celulele acestor tumori pot avea aspect mieloblastic mielocitar și mielocitar polimorf cu maturație celulară cu caracter plasmocitar sau eritroblastic. Unele mieloame au culoarea verde, datorită prezenței unei peroxidaze în citoplasmă (cloromul sau cancerul verde de Aran).

c. — MIELOMATOZE DE FRONTIERĂ

În afara formelor descrise, există leziuni de graniță între sarcoame și leucemii. Acestea sînt difuze, nenodulare. Ele au fost denumite „mielomatoze“ (mielom plasmocitar, sarcom mieloblastic polimorf), leziuni care pot evolua către o leucemie cu plasmociți, cu trimiterea de celule tumorale în sângele circulant.

XVI. E. — Tumori vasculare

E. a. 1. — HEMANGIOMUL

Frecvență: tumoră, considerată rară, datorită lipsei de manifestări clinice, deși, în localizarea vertebrală, poate fi întâlnită la 10—12% din subiecte.

Date clinice: hemangiomul osos poate fi unic sau multiplu și adesea asociat, la același subiect, cu hemangioame în alte țesuturi sau organe. Cea mai frecventă localizare osoasă este cea vertebrală, tradusă clinic prin tasare și compresiune medulară. Se notează, de asemenea localizarea craniană sau pe alte oase late.

Macroscopie: tumoră spongioasă, roșie, sîngerîndă.

Microscopie: aspect obișnuit de hemangiom capilar sau cavernos.

Evoluție: prognostic bun în afara prezenței unor leziuni viscerale asociate.

ENTITĂȚI ÎNRUDITE

1. OSTEOLIZA MASIVĂ : leziune predominantă la adolescent și adultul tânăr, corelată cu un traumatism și tradusă prin zone de rezorbție osoasă, cu înlocuirea măduvei printr-un țesut adipos foarte vascularizat. Osteoclastele sînt absente. Pentru această leziune s-a propus termenul de „hemangiomatoză”.
2. SINDROMUL LUI MAFFUCI : se caracterizează prin discondroplazie (ca în boala Ollier) și hemangioame la diversele nivele ale organismului. Sînt 40 de cazuri publicate în literatură.
3. ANGIOMATOZA CHISTICĂ A LUI JACOBS ȘI KIMEL-STEIL : se caracterizează prin angioame multiple, care invadează osul și părțile moi. Este o leziune rară.

C. Baranetchi, M. Papadavid, M. Nestorescu, E. Moscalu — Chirurgia (București), 1973, 1, 61-65.

E. a. 2. — LIMFANGIOMUL

Localizarea osoasă este excepțională, întrucît osul nu are limfatice, în afara celor din adventicea vaselor. Limfangiomul osos poate fi solitar sau multiplu, cu evoluție extensivă și progresivă.

E. a. 3. — GLOMANGIOMUL

Tumora este foarte rară în localizarea intraosoasă (aproximativ 20 cazuri semnalate). În mod obișnuit, glomangiomul se localizează în patul ungheal și se traduce (radiologic) printr-o zonă clară a falangetei, produsă prin compresiune. Caracterele microscopice ale tumorii sînt identice cu cele din alte localizări. Prognosticul este bun, tumora nu se malignizează.

E. b. 1. — HEMANGIOENDOTELIOMUL

Tumoră excepțională în localizarea osoasă, prezintă caracterele microscopice din alte localizări.

E. b. 2. – HEMANGIOPERICITOMUL

Sînt descrise 6 cazuri în literatură. Aspectul microscopic este identic cu cel din alte localizări.

Prognosticul este bun (cu tratament chirurgical sau radiologic); este totuși semnalat un caz cu metastaze.

E. c. – Angiosarcomul

Frecvență : tumoră foarte rară.

Sinonime : endoteliosarcom, hemangioendoteliom osos, hemangioendoteliosarcom.

Date clinice : fără preferință de vîrstă sau nivel osos, tumora se localizează, de obicei, la metafize. Simptoamele comune sînt : durerea și tumefacția.

Macroscopie : tumoră cu caracter spongios, hemoragic.

Microscopie : tumora este asemănătoare altor localizări din organism. Ea este alcătuită din vase cavernoase cu proliferare tumorală, endovasculară, a celulelor endoteliale (atipii, nucleu vezicular, nucleoli). Nu se găsesc mieloplaxele sau os de neoformație.

Evoluție : prognostic sever.

XVI. F. – Alte tumori ale țesutului conjunctiv

F. a. 1. – FIBROMUL DESMOID AL OSULUI

Frecvență : leziune foarte rară, 36 cazuri publicate pînă în 1970.

Date clinice : fără preferință pentru sex sau vîrstă, tumora se localizează pe orice os (aproape întotdeauna metafizar pe oasele lungi). Simptomul de alarmă este durerea fără orar sau caracter deosebit și, în antecedente, este invocat un traumatism.

Macroscopie : tumora este acoperită de o crustă osoasă foarte subțire, care se sfărâmă la cea mai mică presiune. Sub aceasta se găsește un țesut alb-cenușiu, ferm, elastic, care reprezintă țesutul tumoral.

Microscopie : fibromul desmoid este format din rari fibroblaști și țesut conjunctiv, dispus în mănunchiuri strânse și bogate în collagen. Nu se găsesc anomalii nucleare, celule gigante, țesut condroid sau mixoid sau aspecte de osteogeneză.

Diagnosticul diferențial microscopic se stabilește cu : fibrosarcomul cu evoluție lentă, fibromul neosificat, fibromul condromixoid, displazia fibroasă cu localizare unică.

Evoluție : tumora evoluează și se extinde lent ; recidivează dacă nu este bine curetată ; nu dă metastaze, nu se malignizează.

F. a. 2. – LIPOMUL ȘI LIPOSARCOMUL OSOS

Frecvență : tumori excepționale în localizarea osoasă.

Date clinice : în literatură se cunoaște localizarea medulară sau periostală (Denischi).

Macroscopie : tumora este moale, mobilă, galben-aurie.

Microscopie : lipomul este constituit din celule grăsoase, mature, delimitate de benzi fibro-conjunctive și uneori numeroase vase (lipom telangiectazic). Această tumoră are un prognostic bun.

LIPOSARCOMUL este, de asemenea, excepțional în localizarea osoasă. Sub aspect microscopic tumora este asemănătoare altor localizări din organism. Ea are o malignitate deosebită, metastazele sînt frecvente și decesul survine rapid.

A. Denischi – Chirurgia (București), 1969, 1, 53-57.

F. b. – FIBROSARCOMUL OSOS (CENTRAL, MEDULAR)

Frecvență : această formă de tumoră fibroblastică malignă dezvoltată în canalul medular este întâlnită în 4% din tumorile primitive ale osului.

Date clinice : deși sînt fără preferință de vîrstă și sex, aceste tumori se întîlnesc, totuși, mai frecvent la vîrsta adultă și sexul masculin. Tibia și femurul sînt localizările de predilecție. Ele trebuiesc diferențiate de tumorile asemănătoare, însă de origine periostică sau paraosoasă. În antecedentele tumorii se găsesc adesea leziuni ca : boala Paget, displazie osoasă, chist osos esențial, iradiere pentru diverse motive.

Macroscopie : fibrosarcomul central are aspect de carne de pește cu zone de necroză și hemoragie și cu caracter invaziv, distructiv, în funcție de gradul de agresivitate al tumorii.

Microscopie : tumora are caracterul unui sarcom fuzocelular, pe alocuri cu celule gigante sau celule cu caracter anaplastic (în cazul sarcomului nediferențiat), numeroase vase sarcomatoase, zone de necroză și hemoragie și, eventual, țesut osos sau osteoid.

Evoluție : prognostic sever, supraviețuire peste 50 ani după tratament chirurgical în jur de 27—30%.

A. Denischi — Oncol. și Radiol., 1964, 5, 389.

F. J. Hernandez, B. B. Fernandez — Cancer, 1976, 37, 939-945.

XVI. G. — Alte tumori

G. 1. — Cordonul

Frecvență : pînă în 1967 sînt raportate 548 de cazuri dintre care : 240 intra-craniene, 227 sacro-coccigiene, 81 vertebrale.

Date clinice : tumora se dezvoltă din resturile coardei dorsale. Ea este întîlnită cu preponderență în regiunile sacro-coccigiană sau/și sfeno occipitală. Apare la orice vîrstă, cu maximum de frecvență în jurul a 50 de ani și are preferință pentru sexul masculin (3 : 1). Simptomele sînt în funcție de sediul și extensie, tumora este însoțită de durere, eroziuni osoase, compresii nervoase, parestezii, tulburări de tranzit.

Macroscopie : cordonul are dimensiuni variabile, este o tumoră lobulată, gelatinoasă, alb-cenușie, translucidă, osteolitică, infiltrând grăsimea, aponevroza și mușchiul.

Microscopie : tumora este alcătuită din următoarele aspecte :
— celule mici, regulate, cu citoplasma acidofilă și nuclei rotunzi.

— celule fuziforme, incluse într-un corion mucos (diagnostic diferențial cu fibrosarcomul).

— celule voluminoase, cu vacuole, uneori cu aspect de inel cu pecete (celule fizalifore), slab delimitate de spațiile extracelulare astfel că ele pot apărea ca incluse în alte celule (diagnostic diferențial cu sarcomul condroblastic sau adenocarcinomul mucos). Glicogenul și m.p.z. acide sînt, uneori, prezente în tumoră. Reticulina este negativă (ea este prezentă în sarcomul condroblastic).

Toate elementele descrise sînt dispuse în travee, cordoane anastomozate sau plaje celulare cu sau fără cavități, separte prin travee de țesut conjunctiv cu zone mucipare.

Evoluție : malignitate locală, prognostic sever, extensie, recidive ; excepțional, metastaze.

G. 2. — Adamantinomul (tardiv al oaselor lungi)

Frecvență : aproximativ 5 cazuri publicate.

Sinonime : epiteliom adamantin, angioblastom malign.

Date clinice : tumora este considerată ca un „așa zis adamantinom extrafacial“. Nu are preferință de vîrstă și sex, iar localizarea de predilecție este tibia (50 din cazuri) în 1/3 medie sau 1/3 inferioară. Traumatismul este amintit în antecedente. Simptomatomele obișnuite sînt durerea și tumora tibială.

Macroscopie : tumora are caracter elastic, fibros, este brun palidă, cu zone translucide, cu caracter mucilaginos. Sînt notate aspecte pseudochistice datorate leziunilor de necroză și hemoragie.

Microscopie : tumora este aproape identică adamantinomului maxilar (ameloblastom). Ea este formată din celule de tip epitelial sau endotelial, bazofile, dispuse în cordoane anastomo-

zate, care dau aspectul cribriform, realizând spații fisurare de forme și dimensiuni variate. În aceste spații, se pot găsi celule stromale și aspecte epidermoide. Au fost raportate imagini de osteogeneză, intricate în cuiburile adamantine. După unele opinii, tumora este considerată ca tumoră vasculară embrionară, dezvoltată pe seama angioblastelor (denumirea corectă ar fi „angioblastom malign“), datorită reacției pozitive pentru fosfataza alcalină, asemenea angioblaștilor și contrar ameloblastelor, care nu conțin această enzimă.

Evoluție : creștere lentă, recidive, metastaze.

G. 3. — Neurilemom (schwannom)

Macroscopie : tumora este, de obicei, mică, fermă, eventual chistică.

Microscopie : tip A (Antoni) : celulele schwann sînt dispuse în vîrtejuri sau benzi, separate prin zone acelulare. Nucelii sînt aranjați în palisadă, stroma este reticulară, fibrele sînt dispuse organoid (corpui lui Verocay), evocînd corpusculii tactili ; tipul B (Antoni) : celulele schwann sînt răspîndite într-o stromă mucinoasă, fin reticulată.

G. 4. — Neurofibrom

Tumora este constituită — microscopic — din proliferarea tuturor componentelor unui nerv periferic : celule schwann și țesut fibroblastic cu collagenizare variabilă.

Tumora este obișnuit multiplă și este prezentă în cadrul *sindromului Recklinghausen* care cuprinde : neurofibroame în țesutul subcutanat și pigmentare anormală a pielii (pete de cafea cu lapte).

Localizarea osoasă se datorește, de obicei, dezvoltării unui neurofibrom la nivelul unui nerv periosteal care antrenează distrucție osoasă și formarea unui os nou. Tumora poate invada diafiza unui os lung, cartilajul epifizar (la copil) sau părțile moi.

XVI. J. — Leziuni pseudo-tumorale

I. 1. — Chistul osos solitar

Frecvență : leziune relativ frecventă.

Sinonime : boala lui Mikulicz.

Date clinice : natura tumorală a leziunii este îndoielnică, ea este întâlnită aproape exclusiv în copilărie și adolescența timpurie, se instalează cu predilecție pe metafiza superioară a oaselor lungi (humerus, femur, tibia), în vecinătatea cartilajului de conjugare. Leziunea este depistată în mod curent prin instalarea unei fracturi patologice.

Macroscopie : chistul unilocular, esențial, solitar, prezintă suprafața osoasă discret șanțuită de nervuri de întindere diferită. El conține un lichid filant, citrin sau serohemoragic. Chistul este, uneori, compartimentat.

Microscopie : cavitatea este delimitată de un țesut fibros (fibrină organizată). În peretele osos se găsesc leziuni de necroză de mumificare cu păstrarea formei de lacune osoase, întretăiate de țesut conjunctiv. Osul are în general caracter de os spongios. Au mai fost descrise în marginea chistului imagini de țesut angiomatos, mixomatos sau grăsos.

Aceste aspecte diferențiază leziunea de fibrom, de chistul anevrismal sau de tumora cu mieloplaxă.

Evoluție : extensie la metadiafiză, fracturi, deformații osoase.

I. 2. — Chistul anevrismal

Această entitate este încadrată în unele clasificări la capitolul tumorilor vasculare ale osului.

Frecvență : reprezintă 10% din tumorile osoase.

Sinonime : tumoră cu mieloplaxă subperiostală, tumoră cu mieloplaxă atipică, tumoră cu mieloplaxă anevrismală, tumoră cu mieloplaxă benignă, pulsatilă.

Date clinice : leziunea se întâlnește, de obicei, la sexul feminin, are predilecție pentru vîrsta tînră (adolescenți și adulți

tineri). Simptomele comune sînt : durerea precoce și continuă (uneori lancinantă), tumefacția care se dezvoltă rapid, limitarea mișcărilor, fracturi patologice. În 50% din cazuri localizarea este pe oasele lungi (diafiză și metafiză), în 20% pe coloana vertebrală și, în rest, pe oasele centurii. Traumatismul este notat în antecedente.

Macroscopie : formațiunea chistică este uni, pauci sau multiloculară, delimitată de țesut fibros sau osos, cu cavitatea fragmentată în lojete de țesut conjunctiv, uneori osificat și cu conținut hemoragic (sînge necoagulat).

Microscopie : pereții chist(ului)rilor sînt uneori căptușiți de un endoteliu. În perete se pot găsi : țesut fibros, os de neoformație, siderofage, lipofage, mieloplaxe. Cel mai dificil *diagnostic diferențial* este cu tumora cu celule gigante.

Evoluție : prognostic bun, în afara faptului că tumora poate atinge dimensiuni foarte mari, care nu permit conservarea osului respectiv.

I. 4. — Fibrom neosificant și lacună fibroasă metafizară

Freceță : fibromul neosificant este o leziune rară.

Sinonime : tumora fibroblastică a osului, fibrom neosteogenic, defect fibros metafizar.

Date clinice : este întîlnit mai ales la sexul masculin, cu predilecție în copilărie și adolescență și cu localizare pe oasele lungi ale membrilor inferioare, cortical, în zona metafizodiafizară. Leziunea este obișnuit solitară și este descoperită în-tîmplător, eventual cu ocazia unei fracturi.

Macroscopie : aspectul macroscopic al leziunii este de zonă discret hemoragică, neomogenă, de culoare brună sau galbenă, cu condensări osoase de vecinătate.

Microscopie : leziunea are structură de fibrom intens celularizat, celule dispuse în vîrtejuri, cu bogată vascularizație capilară, cu celule gigante, uneori în contact cu endoteliile capilarelor și cu aglomerări variabile de celule xantomatoase (aspect de xantogranulom, xantofibrom, xantom — cîteodată cu cristale de colesterol). Unii autori consideră că leziunea este un hamartom.

Diagnosticul diferențial — microscopic se face cu :

- osteita (prezența de celule inflamatorii),
- xantogranulomul (absența imaginilor de fibrom),
- tumora cu celule gigante (are caracter osteolitic).

Evoluție : eventual, fractură.

LACUNELE CORTICALE FIBROASE METAFIZARE

se prezintă ca o pierdere de substanță metafizară, mică, fibroasă, inofensivă, asimptomatică, dispusă cortical sau subcortical. Leziunea apare la vîrstă foarte tină și după 2 ani de existență poate dispărea prin osificare. Din punct de vedere microscopic, leziunea este asemănătoare fibromului neosificant și anume : este constituită din fibrocite, fibre conjunctive în vîrtej, capilare și celule gigante ; nu edifică lamele osteoide sau osoase ; nu prezintă elemente inflamatorii ; nu se întîlnesc zone de necroză. Dacă aceste lacune nu se osifică, ele vor forma fibroame neosificante tipice, cu comportare de tumori. Din acest motiv, cele două leziuni sînt situate împreună în diversele clasificări și prezentări.

I. 5. — Leziuni reticulo-endoteliale

Generalități : la nivelul osului se descriu 5 leziuni incluse în capitolul reticuloendoteliozelor. Acestea sînt :

- | | | | |
|----------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| — boala Niemann-Pick | { | boli de stocaj lipidic (lipidoze) | |
| — boala Gaucher | | | |
| histio- | { | reticuloze nelipidice | |
| citoză | | | — boala Letterer-Siwe |
| × | | | — boala Hand-Schüller-Christian |
| | | — granulomul eozinofil | |

Aspectele pot fi :

- leziuni localizate osoase
- leziuni multiple (granulom eozinofil)
- boala acută de sistem (Letterer-Siwe)
- boală cronică (Hand-Schüller-Christian)

Aceste „tezaurismoze“ au următoarele caractere :

BOALA GAUCHER

Are caracter familial, și apare în prima copilărie sau puțin mai târziu.

Prezintă clinic: splenomegalie, anomalii de pigmentare a tegumentelor, pete palpebrale, leziuni osoase, stocaj de cerebrozide în celulele reticulo-endoteliale.

Acumularea de celule reticulo-endoteliale în os este urmată de leziuni osoase caracteristice, cunoscute sub denumirea de „deformație în flacon Erlenmeyer“.

Poate fi însoțită de fracturi patologice.

Diagnosticul este precizat prin prezența celulei Gaucher în măduvă.

BOALA NIEMENN-PICK

Se manifestă numai la copil și are aspect de osteoporoză generalizată sau în focare.

Este însoțită de tulburări digestive, slăbire, hepatomegalie, distensie abdominală, splenomegalie.

Are contingente cu idioția amaurotică familială și prezintă stocaj de fosfatide, probabil sfingomielină.

Prognostic sever, evoluție rapidă spre deces.

J. 5. – Granulomul eozinofil

Apare cu predilecție la copil și adolescent, dar și la adult și, în special la sexul masculin.

Leziunea este unică sau multiplă, uni sau poliosoasă.

Macroscopic, leziunea se prezintă ca o osteoliză localizată, cu reacție scleroasă, os sechestrat și reacție periostală (posibilă confuzie cu tumora Ewing sau cu osteomieliță). Conținutul zonei lezate este moale, friabil, fără membrană periferică.

Microscopic, leziunea este alcătuită în principal din aglomerări de eozinofile pe lângă care mai pot exista: polinucleare, celule reticulare, celule gigante, limfocite și plasmocite, cristali Charcot-Leyden.

În final, leziunea se repară prin fibroză cu osificare.

BOALA LETTERER-SIWE

Apare în prima sau a doua copilărie și are evoluție acută sau subacută.

Se caracterizează prin hepato-spleno-megalie, adenopatii generalizate, hemoragii, leziuni osoase (osteoporoză difuză, tulburări de osificare encondrală) și seamănă cu un limfom generalizat.

BOALA HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN

Apare în mod obișnuit la copil și adultul tânăr, dar și la alte vârste și se manifestă prin lacune osoase bine circumscrise, exoftalmie, otită, diabet, insipid, insuficiență hipofizară.

Pot fi afectate oasele de la orice nivel.

Lacunele osoase sînt pline cu lipofage uni sau multinucleate, cu citoplasma vacuolară, conținînd incluziuni de grăsimi anizotrope (colesterol și esteri de colesterol), polinucleare, limfocite, plasmocite. Leziunile vechi se fibrozează și se colagenizează.

DISOSTOSIS MULTIPLEX (boala Hurler, gargolism)

Se manifestă în copilărie și se caracterizează prin : nanism, aspect monstruos, cifoză lombară, membre lungi, degete în ghiaură, hepatosplenomegalie, debilitate mintală.

Leziunile osoase există în zonele de creștere cu osificare encondrală, anarhică, cronologia maturăției cartilaginoase nerespectată.

Este încadrată în lipidoze (lipide complexe) și distrofii ale mucopolizaharidelor acide.

Frecvență : leziune relativ frecventă, care, în unele tratate, este considerată hamartom.

Date clinice : displazia fibroasă a osului are predilecție pentru sexul feminin și îmbracă o evoluție activă în copilărie și adolescență. În vîrsta adultă, manifestările clinice sînt mai șterse.

I. 6. — Displazia fibroasă a osului

Gradul de atingere scheletică este variabil, leziunea poate fi clasificată în 4 grupe : 1. monoosoasă, 2. monomelică, 3. polioosoasă și 4. polioosoasă, cu anomalii endocrine și pigmentări cutanate (la fete în sindromul Albright). Oasele interesate sînt (în ordine) : femur, tibia, coaste, oase craniene.

Macroscopie : displazia fibroasă apare sub forma unor cavități, pline cu un țesut brun, eschile osoase, eventual, zone de cartilaj și hemoragii.

Microscopie : lacunele sînt create într-un țesut fibros, slab celularizat, fără fasciculare, cu puține fibre colagene și cu edem interstițial. Pot fi prezente cîmpuri de celule xantomatoase, focare condroide, lamele osteoide și calcificări.

Evoluție : prognostic bun, cu excepția incidentelor, cum sînt fracturile patologice.

I. 7. — Miozita osifiantă

Definiție : „miozita osifiantă este o leziune limitată de cartilaj și os neorganizat, heterotopic, rezultată în urma unui traumatism“ sau este „suma reacțiilor părților moi ca urmare a unui traumatism, reacții care antrenează formarea de os și cartilaj“. Deci, termenul de „miozită osifiantă“ este impropriu.

Date clinice : leziunea este întîlnită, de preferință, la copii sau adulți tineri. Traumatismul este notat, în antecedente, sub formă de : strivirea unei mase musculare pe os, smulgeri ale aponevrozelor și tendoanelor, traumatisme cronice recidivante (umărul trăgătorului).

Macroscopie : leziunea poate fi prezentă mai ales în zone cu grupe musculare voluminoase, cu sediu variabil : *periostic*, cînd periostul este ridicat de pe suprafața osoasă, fapt pentru care leziunea a mai fost denumită „periosteom, hematom sub-

periostal osifiant, tumoră subperiostală cu celule gigante", sediu *paraosos*, când se depistează radiologic zonele de calcificare din apropierea osului și, în fine, sediu *extraosos*, când aspectele descrise sînt depistate la distanță de os.

Microscopie: histologic, leziunea este alcătuită din aponevroze și mușchi cu aspecte regenerative, fie sub formă de țesut fibros, fie sub formă de burjoane cu celule multinucleate (reacție musculară), cu impregnări calcare, prezența de os și cartilaj. Miozita osoasă se maturizează în timp, proces care se traduce prin osificare.

Diagnosticul diferențial microscopic se face cu sarcomul cu celule gigante, sarcomul nediferențiat, osteosarcomul juxtacortical, sarcomul osteogenic al părților moi.

Evoluție: prognosticul leziunii este în funcție de unele incidente și accidente ca: compresiunea pe țesuturile din jur, compresiunea medulară. Sînt notate recidive și cîteva cazuri excepționale de malignizare.

I. 8. — Tumora brună din hiperparatiroidismul primitiv

Această „tumoră” se compune dintr-o proliferare, localizată, de osteoclaste cu resorbție de țesut osos. Ea prezintă zone întinse de hemoragie, de unde culoarea și numele de „tumoră brună”. Localizarea de predilecție este diafaza oaselor lungi și mandibula.

Diagnosticul diferențial microscopic se face cu tumora cu mieloplaxă. Argumentul decisiv este mai ales topografic: tumora cu mieloplaxă se localizează întotdeauna strict epifizar.

XVI. J — Tumori secundare (metastatice)

Tumorile metastatice ale osului pot avea caracter:

— *osteolitic*, dacă provin de la tumori: renale, tiroidiene, digestive, respiratorii,

— *osteoblastic*, cu proveniență prostatică sau mamară. O formă specială de tumoră secundară este „osteoză canceroasă“, care se traduce prin metastaze medulare cu manifestări hematologice (plasmocitoză, anemie hipo sau hiperchromă, elemente imature în sângele circulant, hipoplachetoză).

O manifestare specială osoasă este notată în cazul leucemiilor acute și anume :

— la copil simptomele de bază sînt : dureri, întîrziere în creștere, osteoporoză,

— la adult ele sînt : dureri osoase și osteoporoză.

XVII. – TUMORILE SINOVIALEI

A. – SINOVIOMUL BENIGN, cu celule gigante :

- a) de tip fibros
- b) de tip giganto celular.

B. – SINOVIOMUL MALIGN :

- a) formă solidă
- b) formă pseudochistică.

C. – ALTE TUMORI :

- 1. – fibromul
- 2. – lipomul
- 3. – mixomul
- 4. – angiomul (hemangiomul)
- 5. – limfangiomul
- 6. – condromul
- 7. – sarcomul

XVII. — Tumorile sinovialei

XVII. A. — Sinoviom benign cu celule gigante

Frecvență : leziune frecventă mai ales la nivelul degetelor.
Sinonime : tumoră cu mieloplaxă a sinovialei, sinovialom benign, tumoră xantomatoasă benignă cu celule gigante, sinovită nodulară localizată, sinovită vilonodulară și pigmentată.

Date clinice : tumora apare cu predilecție la femei, vîrsta cea mai interesantă fiind între 20—40 ani. Ea se localizează mai ales la degete, pe flexori sau extensori și uneori înconjură complet o falangă. Articulația genunchiului este de asemenea frecvent afectată. Leziunea este, de obicei, puțin dureroasă; tumora poate deveni voluminoasă și poate eroda osul, dacă se dezvoltă intracapsular; alteori, tumora evoluează pe țesut sinovial herniat, transcapsular paraarticular (Tărăbuță și Radu).

Macroscopie : se disting următoarele forme :

— *forma limitată (solitară)* : tumoră mică, fermă, strălucitoare, albicioasă sau brun hemoragică pe suprafața de secțiune. Tumora poate fi pediculată ; — *formă multiplă* ; — *forma difuză* (genunchi mare, cu lichid clar sau hemoragic, sinoviala pestriță, cu vilozități).

Microscopie : tumora este alcătuită din : structuri de sinovială, cu fantele tapetate cu celule endoteliforme sau cubice dispuse pe unul, două sau mai multe rînduri, cu caracter pseudopapilar sau de „tufe” celulare ;

celule de tip fibroblastic fuziform, ovale, poligonale sau rotunde, dispersate în stroma tumorii ;

celule gigante, de tip plasmoidal (200 de micromi) ;

celule xantomatoase și/sau siderofage (histocite) ;

stromă conjunctivă bine celularizată, uneori cu aglomerări limfoide, alteori cu caracter hialin sau fibrocartilaginos ;

bogată vascularizație, depozite de hemosiderină. Aceste caractere sînt sintetizate în 2 tipuri microscopice : sinoviom benign de *tip fibros* și sinoviom benign de *tip giganto celular*.

Denumirile, întîlnite în unele lucrări ca : sinoviom mucinos, vascular, cartilaginos, osos sau lipomatos — nu reprezintă decît aspecte constitutive și nu „forme” care să intre într-o anume clasificare.

Diagnosticul diferențial microscopic este posibil cu :

— leziuni inflamatorii nespecifice (sinovite banale cu bogată proliferare citologică) ;

— leziuni inflamatorii specifice (tuberculoza productivă cu foliuli atipici) ;

— sinovioze de însoțire a unor leziuni osoase sau cartilaginoase (prin proliferarea componentelor constitutive ale sinovialei) ;

— sinovită vilo-nodulară și pigmentată (descrisă de Joffe, în 1941) care este considerată de unii autori drept sinoviom (tumoră) iar de alții drept sinovită proliferativă (inflamație) ;

— xantom sinovial (dacă celulele xantomatoase sînt proliferate excesiv) ; prezintă o formă localizată și una difuză.

— fibrom, condrom sau angiom, dacă aceste elemente normal constitutive sînt prezente în exces.

Evoluție : prognostic discutabil, recidive frecvente (în special în cazul extirpării incomplete).

G. Tărăbuță și D. Radu — Problemes et difficultes concernat le diagnostic des tumeurs de la synoviale, Morphologie et Embryologie, 1979 — (în curs de apariție).

XVII. B. — Sinovi(al)om malign

Frecvență : tumoră rară.

Sinonime : sarcomezoteliom, angiofibrom malign, sinovialosarcom, mezoteliom al articulațiilor, endoteliom.

Date clinice : tumora apare, de obicei, la vîrsta adultă (30—35 ani), preferențial la sexul masculin. Sediul obișnuit al tumorii este articulația genunchiului, deși pot fi interesate și alte articulații sau tumora poate avea sediul extraarticular prin herniere din cavitatea articulară sau prin dezvoltare pe burse seroase și deci tendinoase. Tumora crește, obișnuit, lent, iar durerea nu este prezentă întotdeauna. Traumatismul este, uneori, notat în antecedente.

Macroscopie : sarcomul sinovial este, de obicei, o tumoră rotundă, netedă de mărimi și forme diferite, slab circumscrisă de o pseudocapsulă. Pe secțiune, consistența tumorii este semisolidă cu zone calcare, și/sau cartilaginoase. Unele tumori au caracter pseudochistic cu conținut clar pseudomucinos sau hemoragic. Tumora poate invada părțile moi.

Microscopie : sînt descrise două aspecte principale :

— sinoviomul malign *formă solidă*, cînd tumora este constituită din celule fuziforme, endoteliforme sau polimorfe dispuse în mase, în cordoane sau mărginind fantele sinuoase și cînd confuzia cu reticulosarcomul este foarte posibilă ;

— sinoviomul malign *formă pseudochistică* cînd fisurile stromei sînt dilatate cu aspect de chisturi, sînt căptușite cu celule tumorale, hiperchrome, cu caracter pseudopapilar, dispuse sub formă de tufe sau de ciorchine sau/și pline cu o substanță gelatinoasă, mixoidă, PAS pozitivă. Celulele gigante lipsesc în cea mai mare parte sau total. În stroma tumorii mai pot fi remarcate zone mixoide, pseudo-mucinoase, necroze, hemoragii, collagen, hialin, calcificări, incluzii osoase sau condrale.

Vasculatizația este redusă.

În concluzie, prezența celulelor nediferențiate ca și a zonelor mixoide și absența celulelor gigante sînt caractere tipice de malignitate.

Notă : trăsăturile care diferențiază forma benignă de cea malignă nu sînt „absolute“ :

pot fi văzute tumori benigne cu zone pseudo-mucinoase și celule pseudo epiteliale (ca în formele maligne), precum și tumori maligne de tip fibromatos, cu celule gigante (ca în varianta benignă).

Evoluție : prognostic rezervat, evoluție lungă, recidive posibile, metastaze tardive.

Coste F., Basset F., Cayla J., Chevallier J., Massias P. — Presse Med., 1961, 69, 25, 1113-1117.

A. Julliard — Press. Med., 1961, 69, 8, 348-350.

J. Menaide, V. Călin, I. Nica, E. Călin — Chirurgia (București), 1973, 2, 169-171.

Wright C. J. E. — J. Path. Bact., 1952, 64, 585-588.

XVII. C. — Alte tumori ale sinovialei

La nivelul sinovialelor mai sînt semnalate unele tumori „excepționale” ca localizare, dar comune ca structură histologică. Ele sînt :

1. — *fibromul* (limitat sau difuz).
2. — *Lipomul* (limitat sau difuz ; sinoviala are aspect proliferat, vilos, arborescent ; evoluția tumorii este lentă, dar consecințele clinice pot fi severe mai ales în formele difuze cînd sînt indicate sinoviectomia totală și radioterapia).

3. — *mixomul* (limitat sau difuz ; tumora se prezintă ca o masă gelatinoasă ; prognosticul său este variabil, dubios).

4. — *angiomul* poate avea două forme :

circumscrișă : $\begin{cases} \text{sesilă} & \left\{ \begin{array}{l} \text{capilar} \\ \text{cavernos} \end{array} \right. \\ \text{pediculată} \end{cases}$

difuză $\begin{cases} \text{capilar} \\ \text{cavernos} \end{cases}$

5. — *limfangiomul* (excepțional)

6. — *condromul* — este cunoscut sub denumirea de „condromatoză sinovială”. Leziunea este, de obicei, monoarticulară, genunchiul este atins cel mai frecvent și vîrsta cea mai interesată este între 40—60 ani. Cu timpul, unele formațiuni se pediculizează și se eliberează în cavitatea articulară.

Macroscopie : sinoviala apare îngroșată, cu numeroase mici tumori cartilaginoase, unele parțial osificate, disiminate în toată grosimea sinovialei.

Microscopie : tumoretele sînt alcătuite din celule mezenchima-toase incluse într-o matrice mucoidă sau condroidă, precum și din mici zone de cartilaj hialin.

Cu timpul, aceste zone sînt invadate de vase și centrul lor se osifică ;

— prognostic bun.

7. — *sarcomul* (neacceptat de toți autorii, este, în mod obișnuit, o tumoră secundară, provenită dintr-un fibrosarcom de capsulă sau ligament articular).

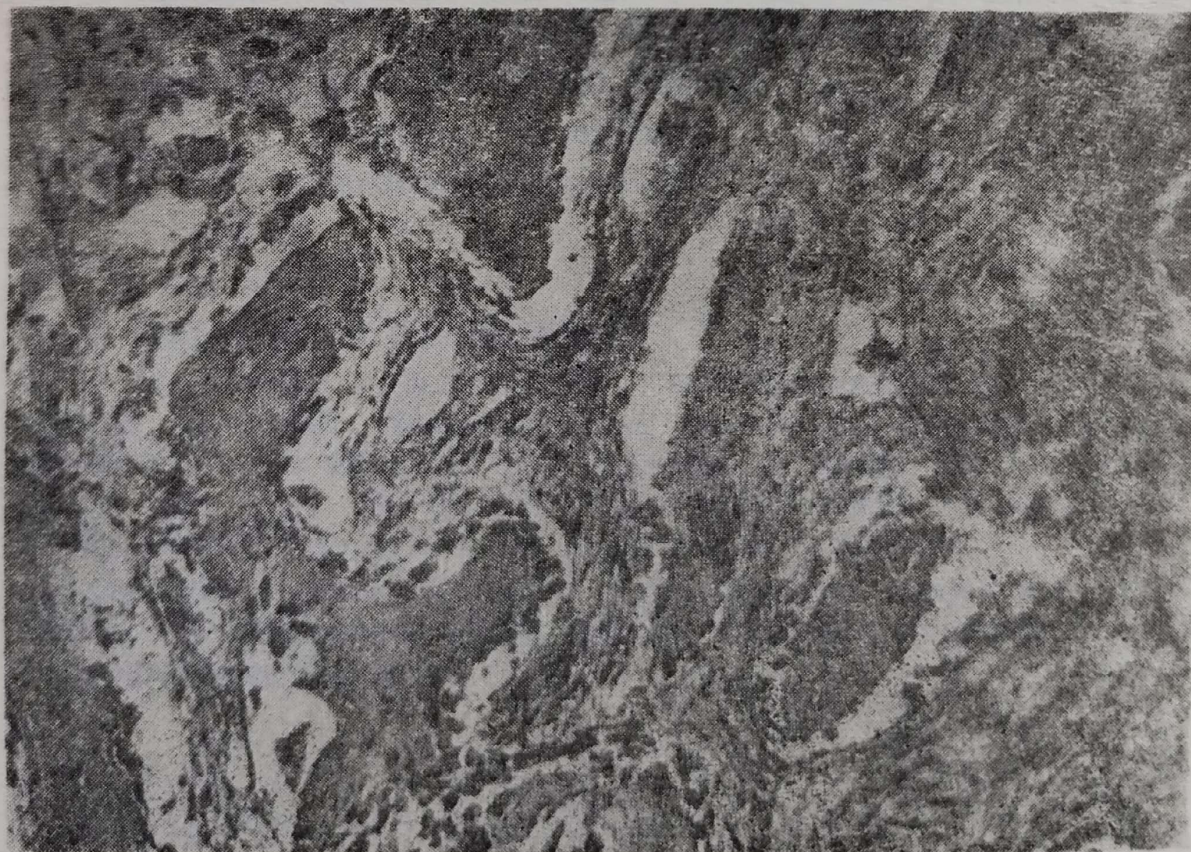
Cercetări recente de microscopie electronică au confirmat natura conjunctivă a sinovialei. În consecință, prezența diverselor forme microscopice de sarcom este posibilă.

A. Julliard — Presse Med., 1961, 69, 8, 348-350.



Fig. 169 – x 100, H. E. Osteom

Fig. 170 – x 200, H. E. Osteom osteoid



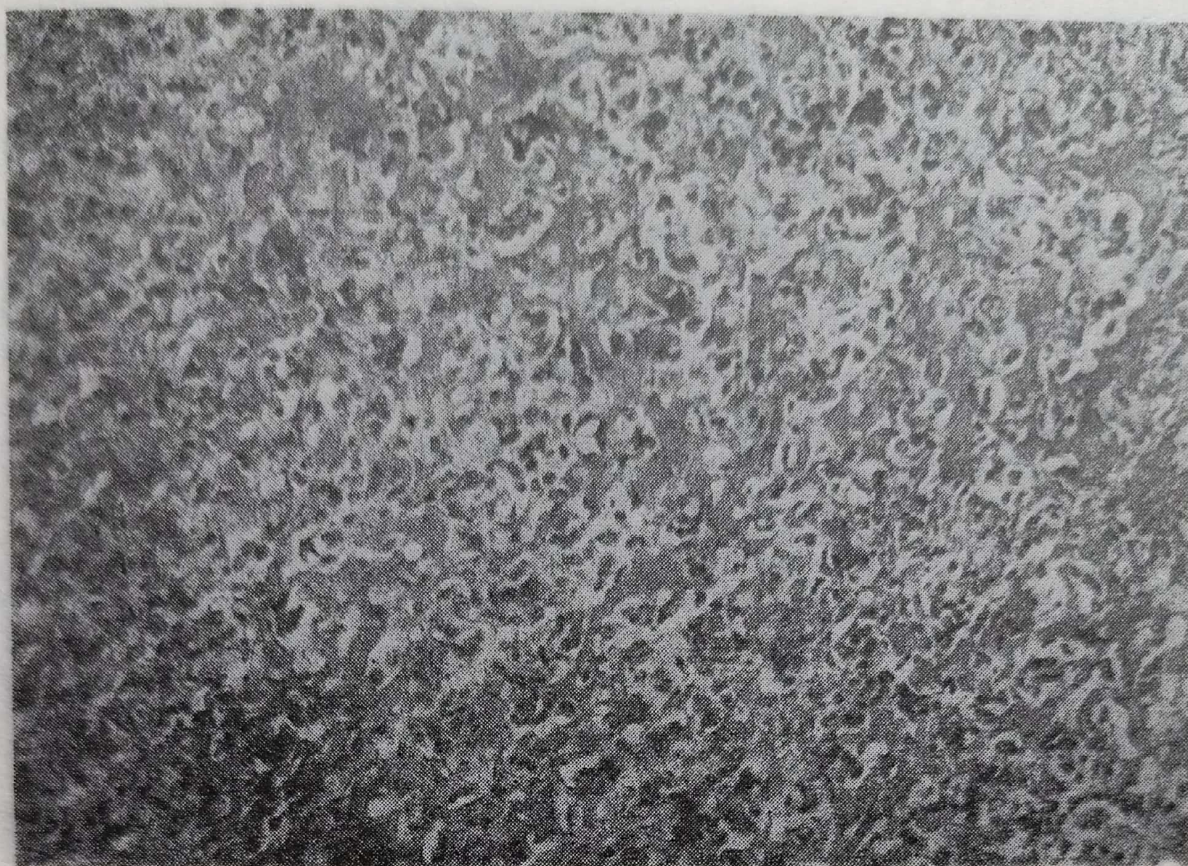
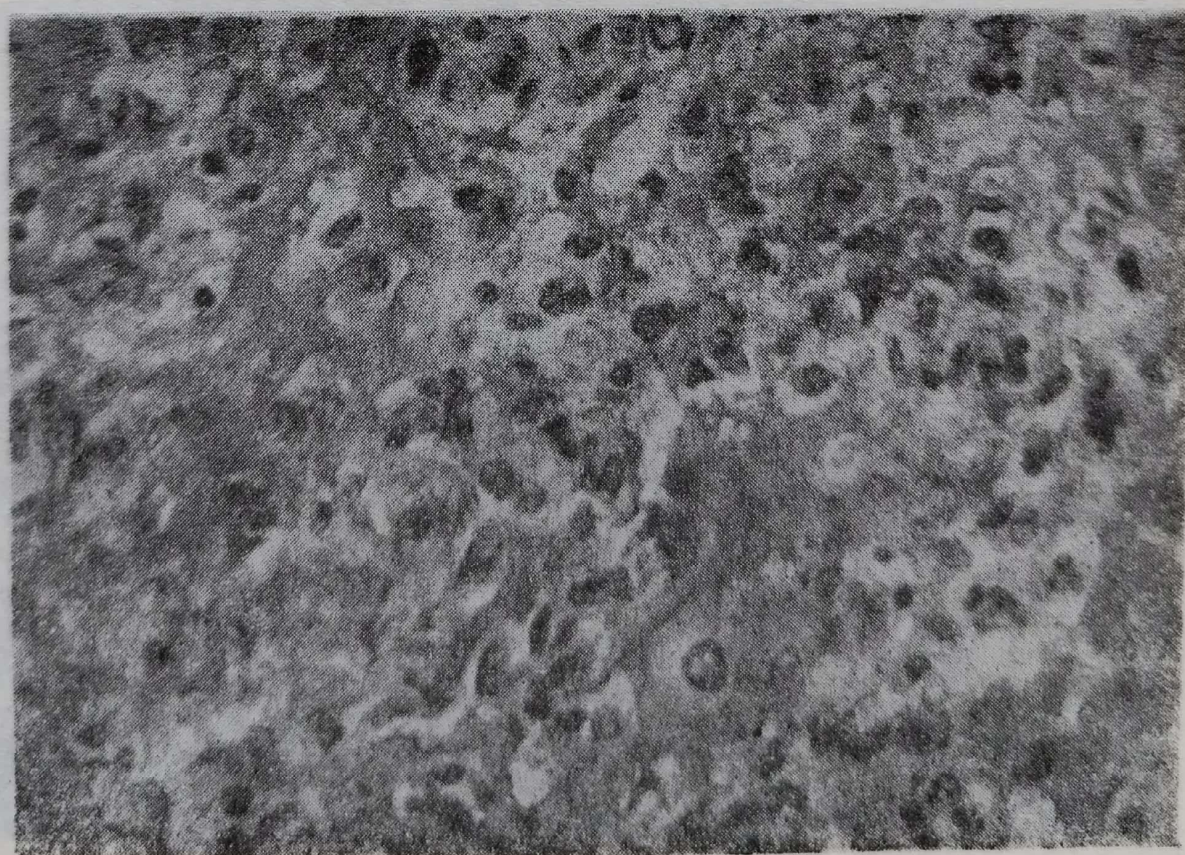


Fig. 171 – x 100, H. E. Osteoblastom benign

Fig. 172 – x 200, H. E. Osteoblastom benign



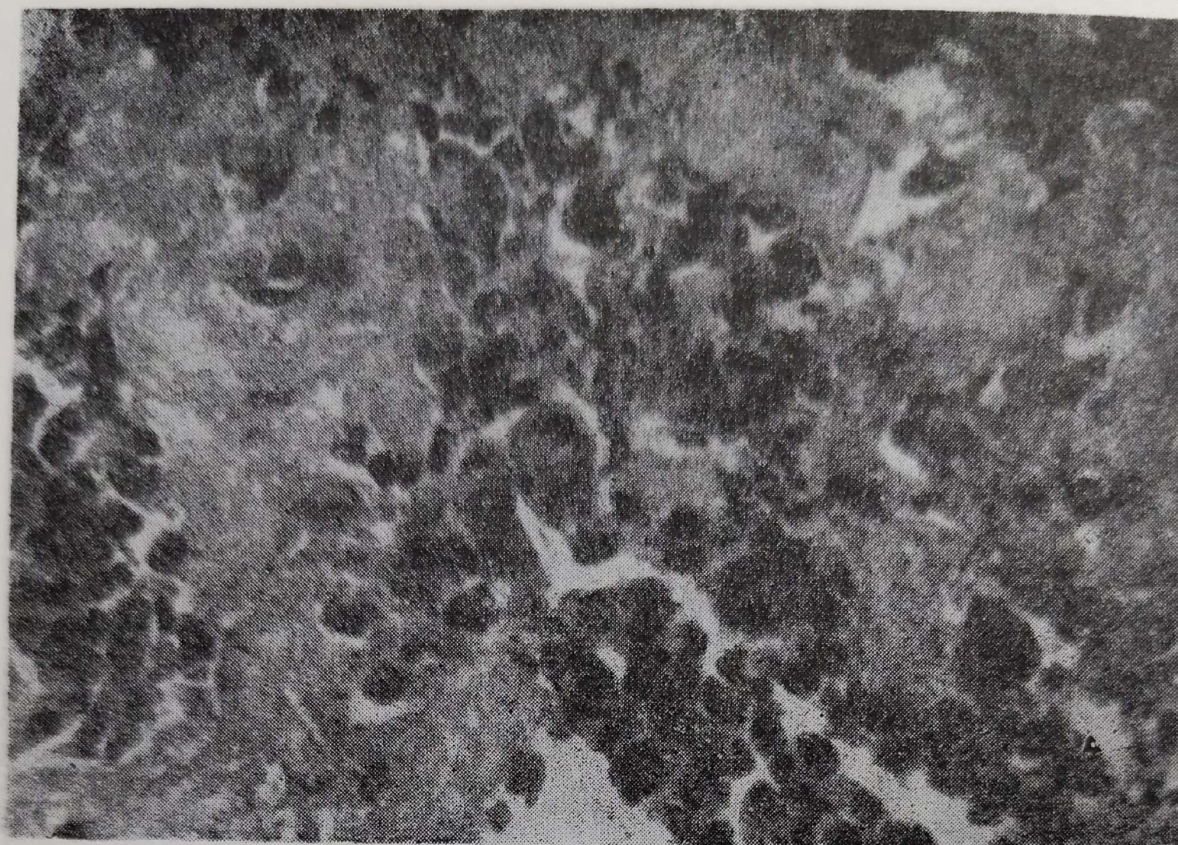
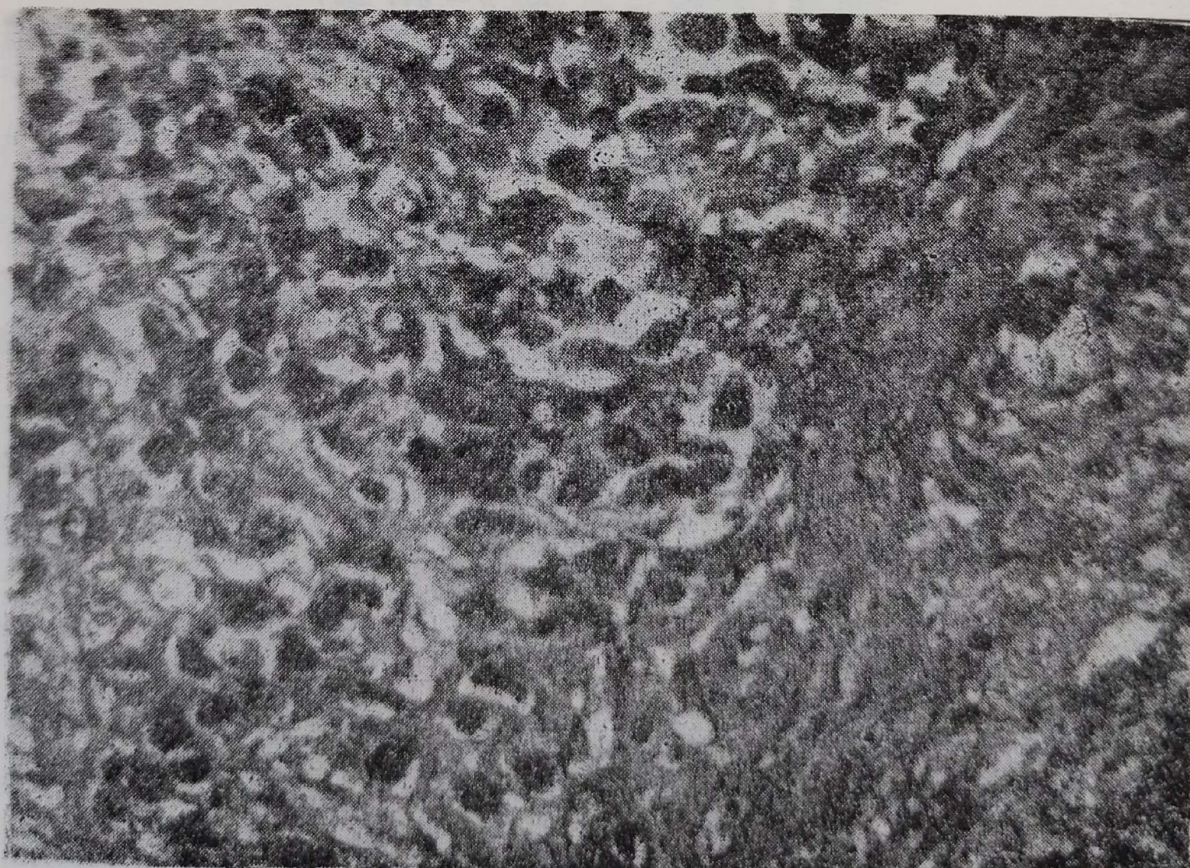


Fig. 173 – x 200, H. E. Osteoblastom benign

Fig. 174 – x 200, H. E. Osteosarcom (sarcom osteogenic)



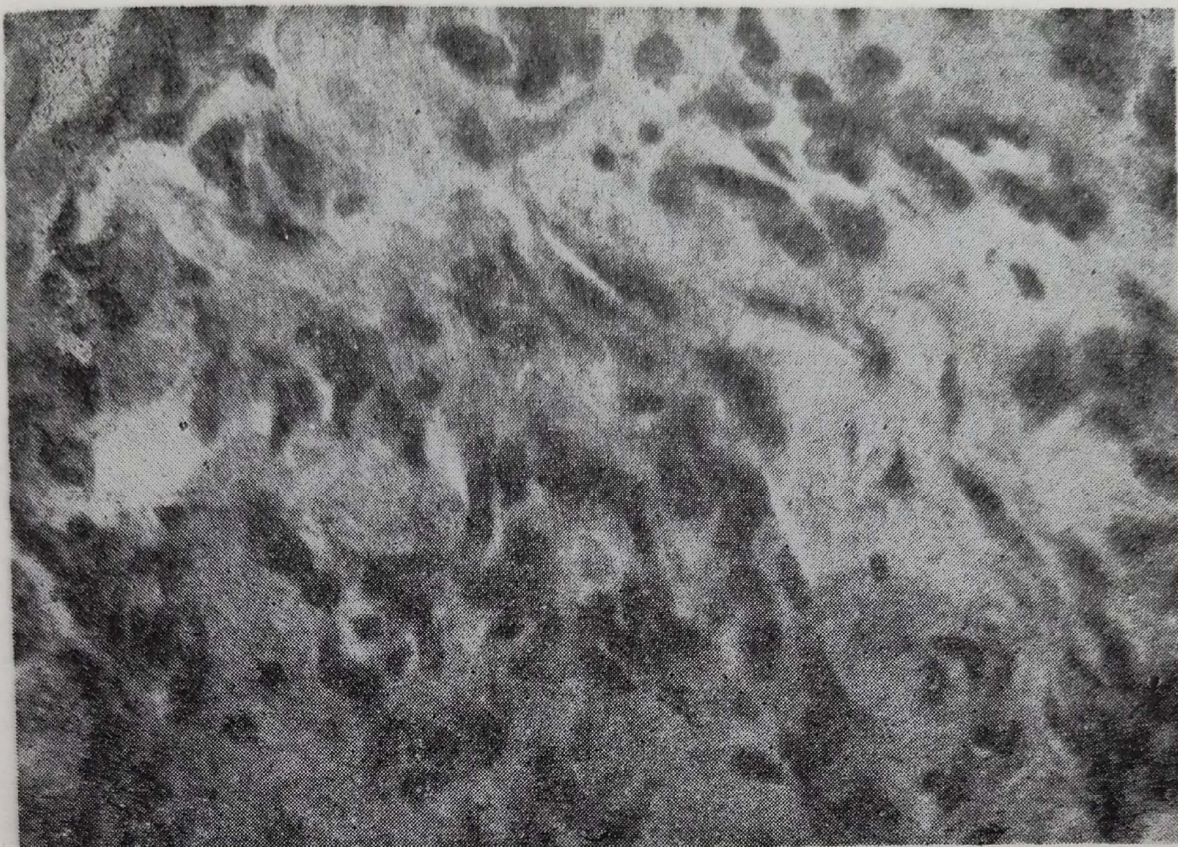
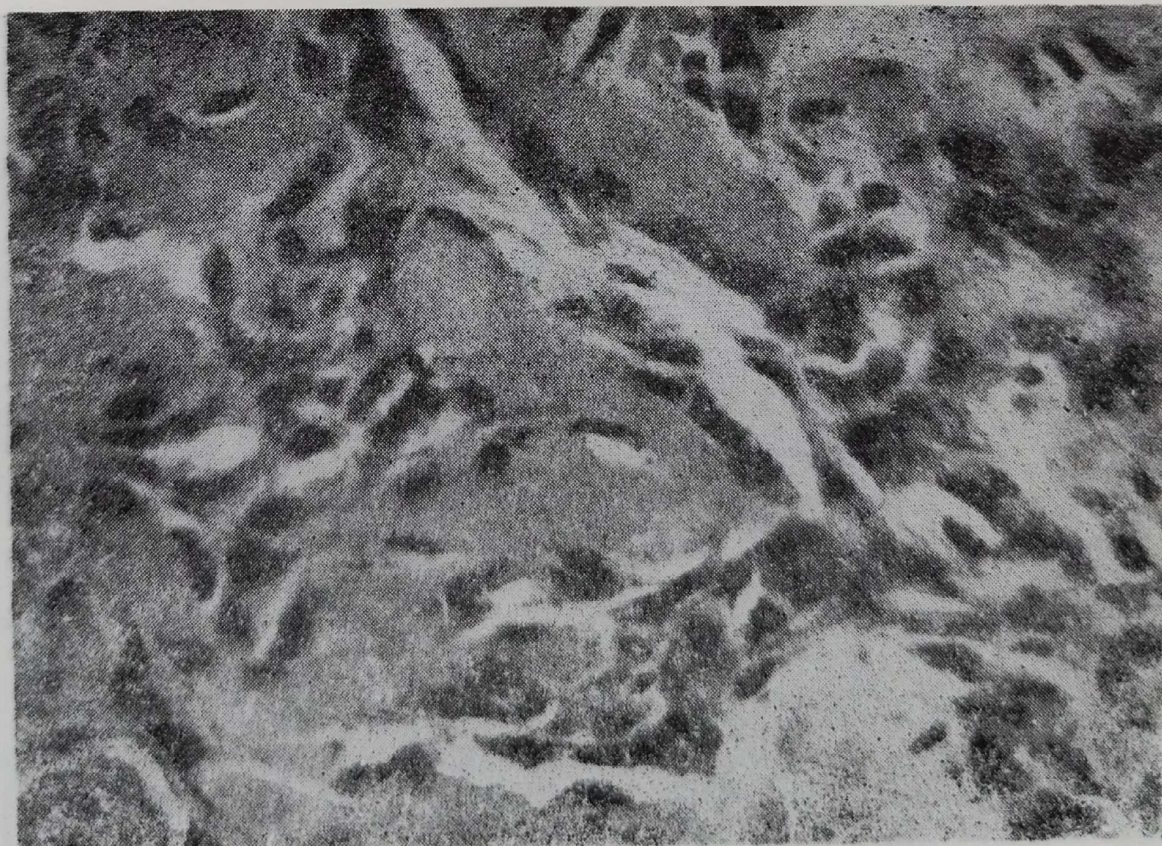


Fig. 175 - x 200, H. E. Osteosarcom (sarcom osteogenic)

Fig. 176 - x 200, H. E. Osteosarcom (sarcom osteogenic)



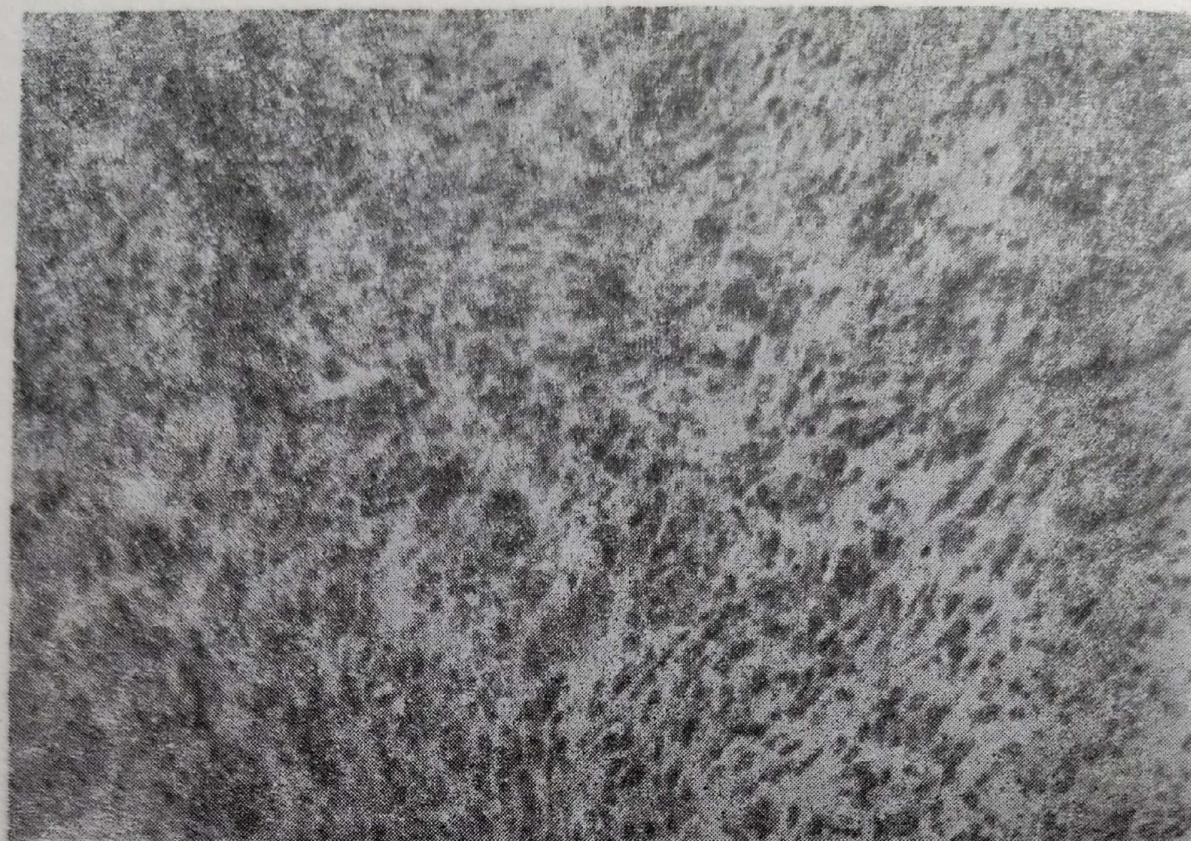


Fig. 177 — x 100, H. E. Osteosarcom juxtacortical

Fig. 178 — x 100, H. E. Osteosarcom juxtacortical

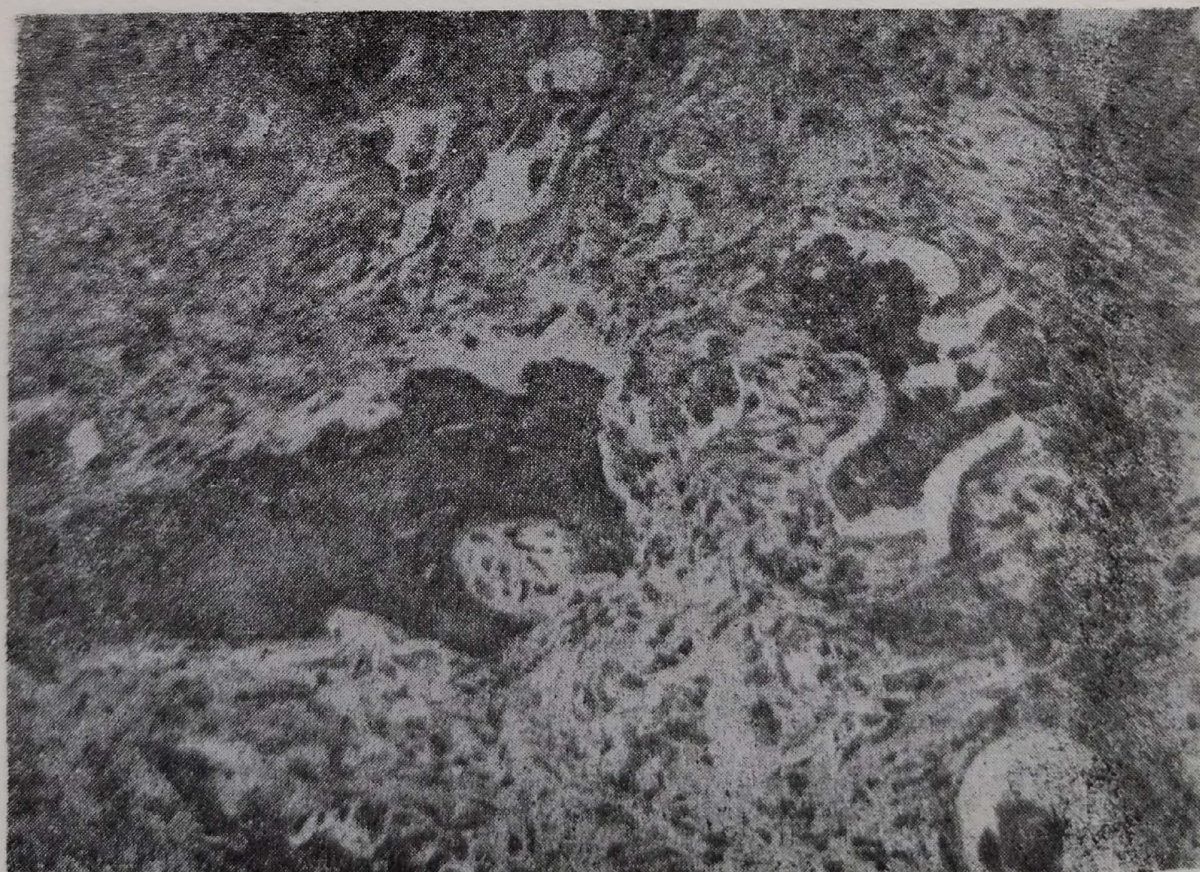




Fig. 179 — x 200, H. E. Condrom

Fig. 180 — x 100, H. E. Condrom

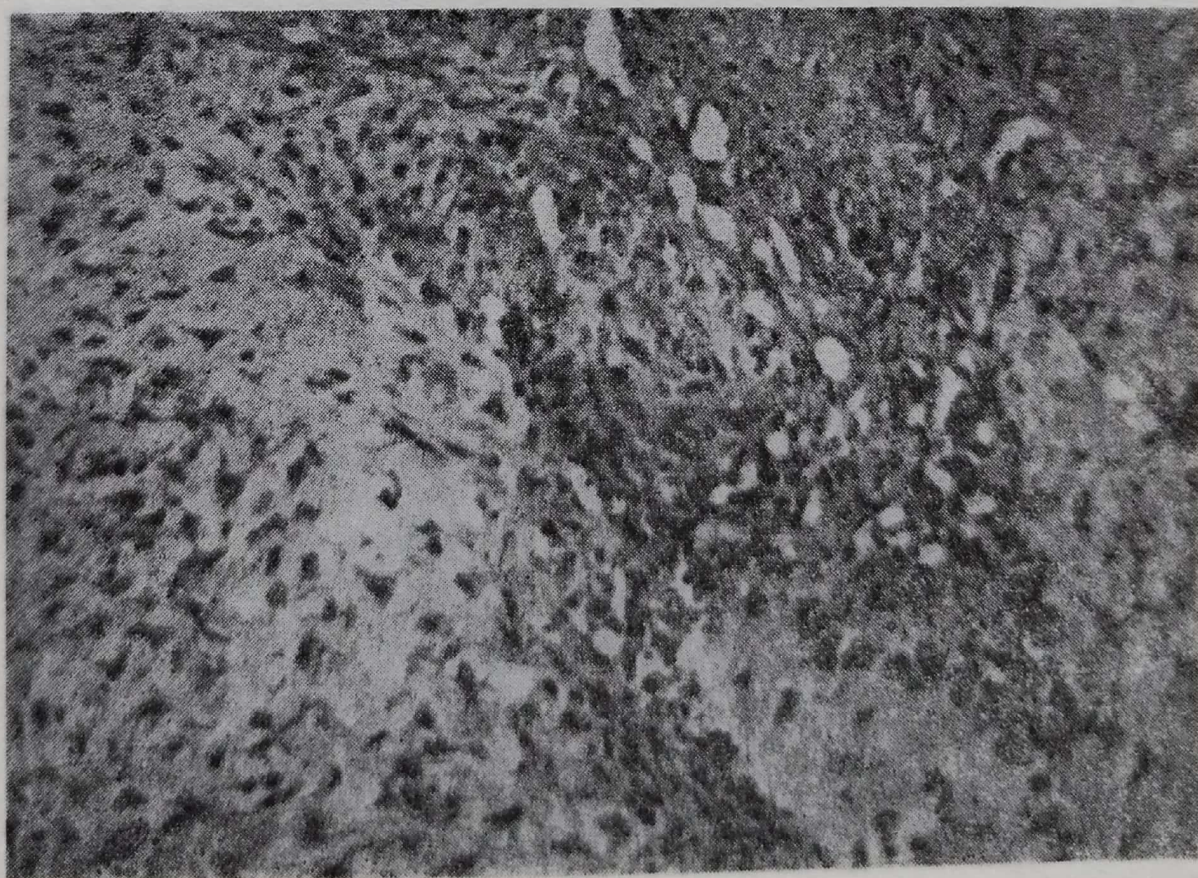
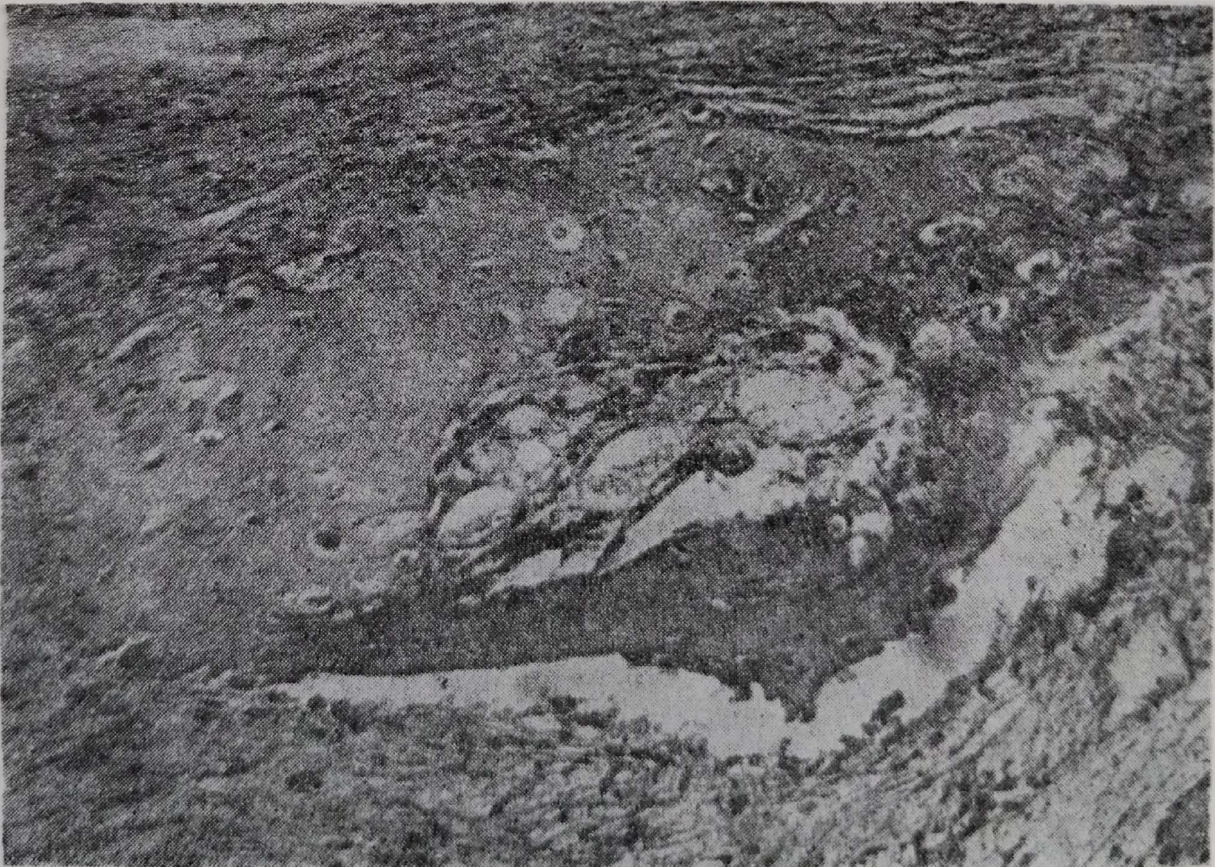




Fig. 181 — x 200, H. E. Osteochondrom

Fig. 182 — x 200, H. E. Osteochondrom



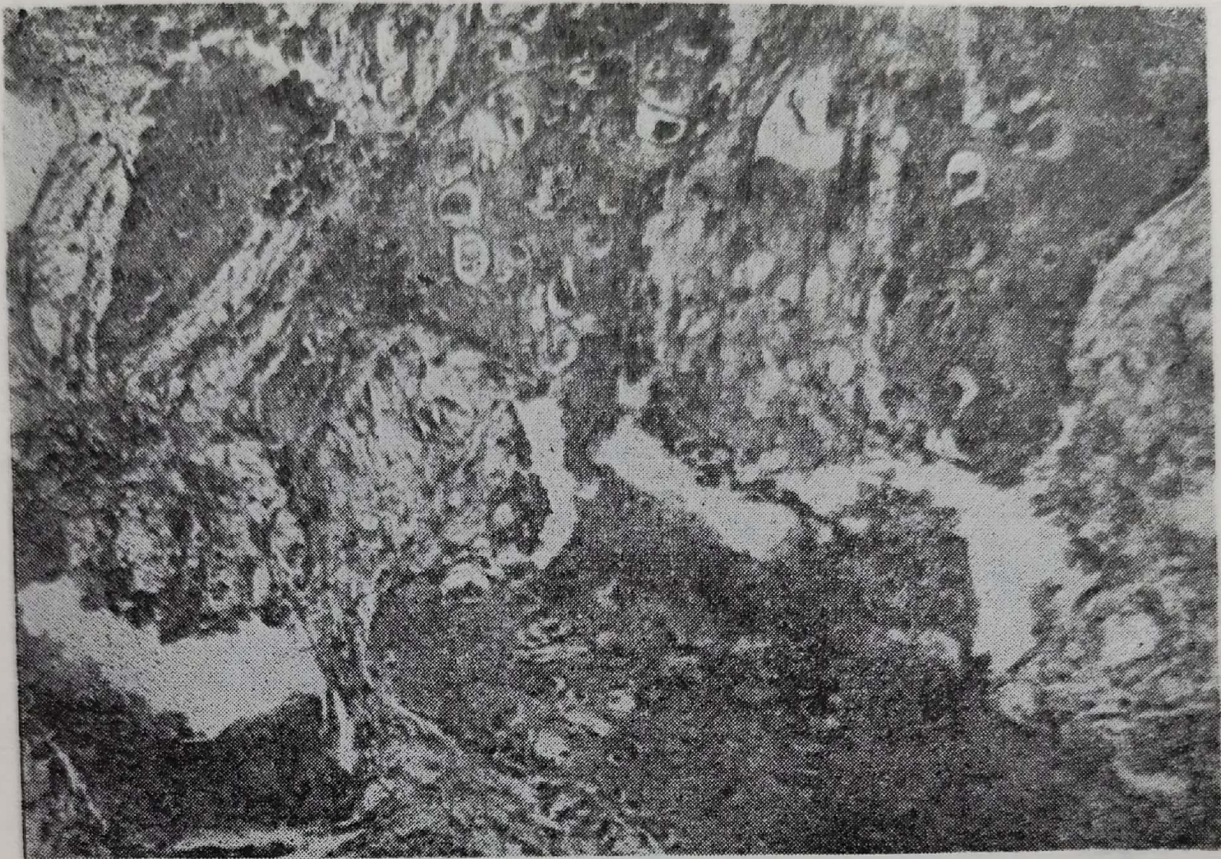
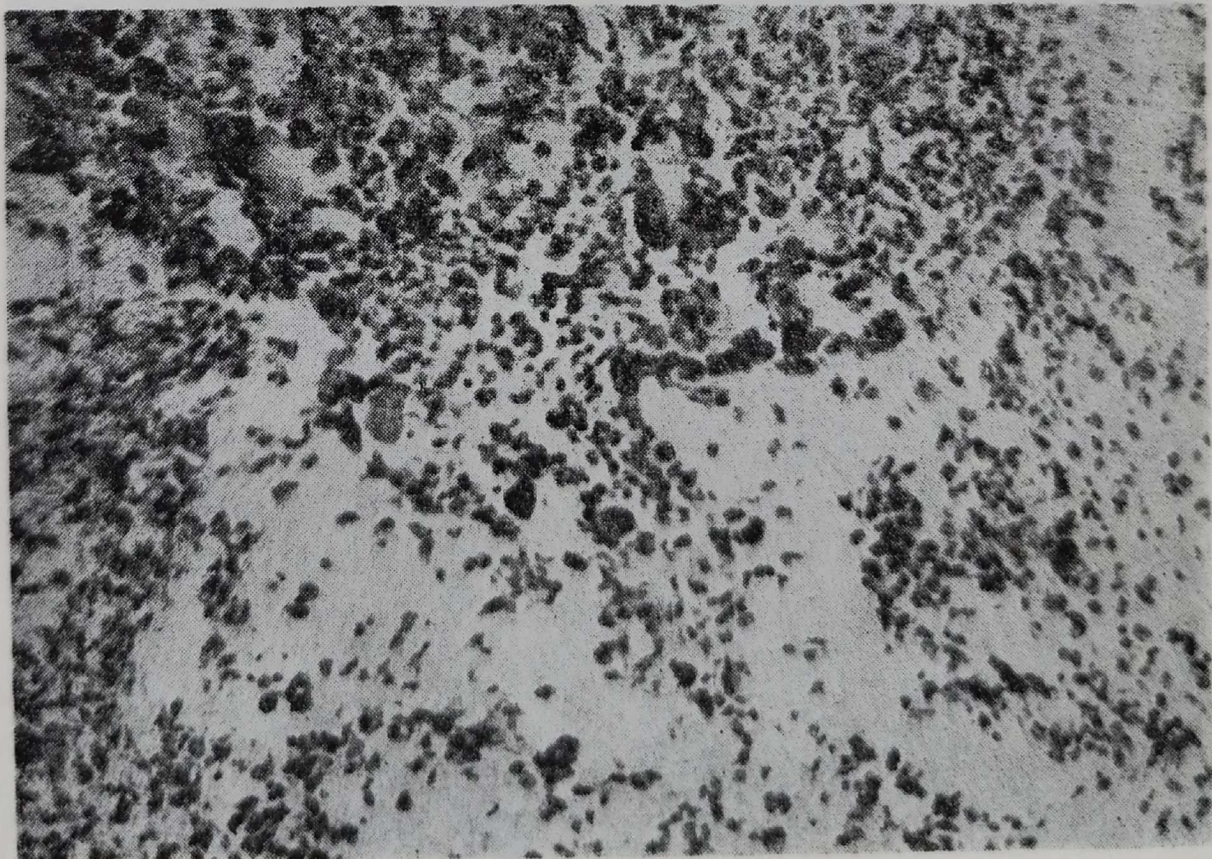


Fig. 183 — x 200, H. E. Osteocondrom

Fig. 184 — x 100, H. E. Condroblastom benign



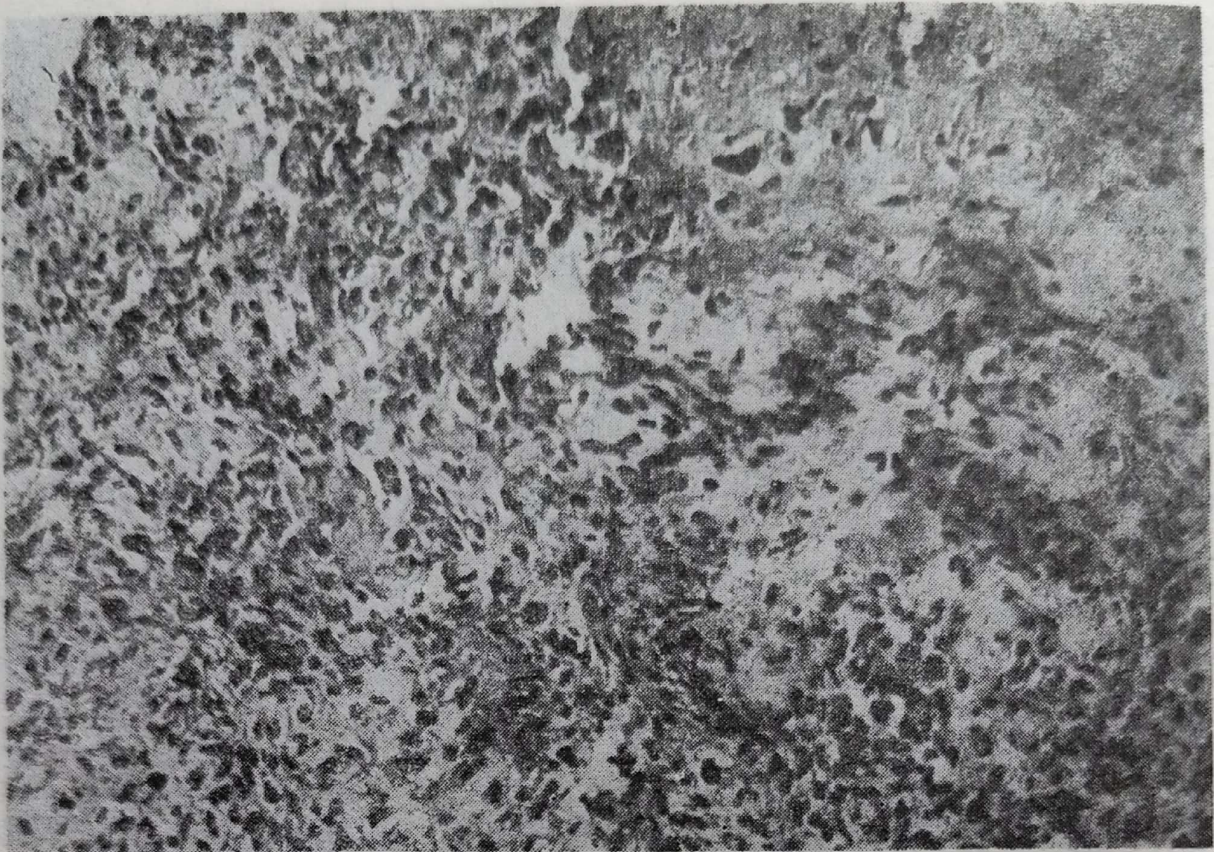


Fig. 185 — x 100, H. E. Condrosarcom

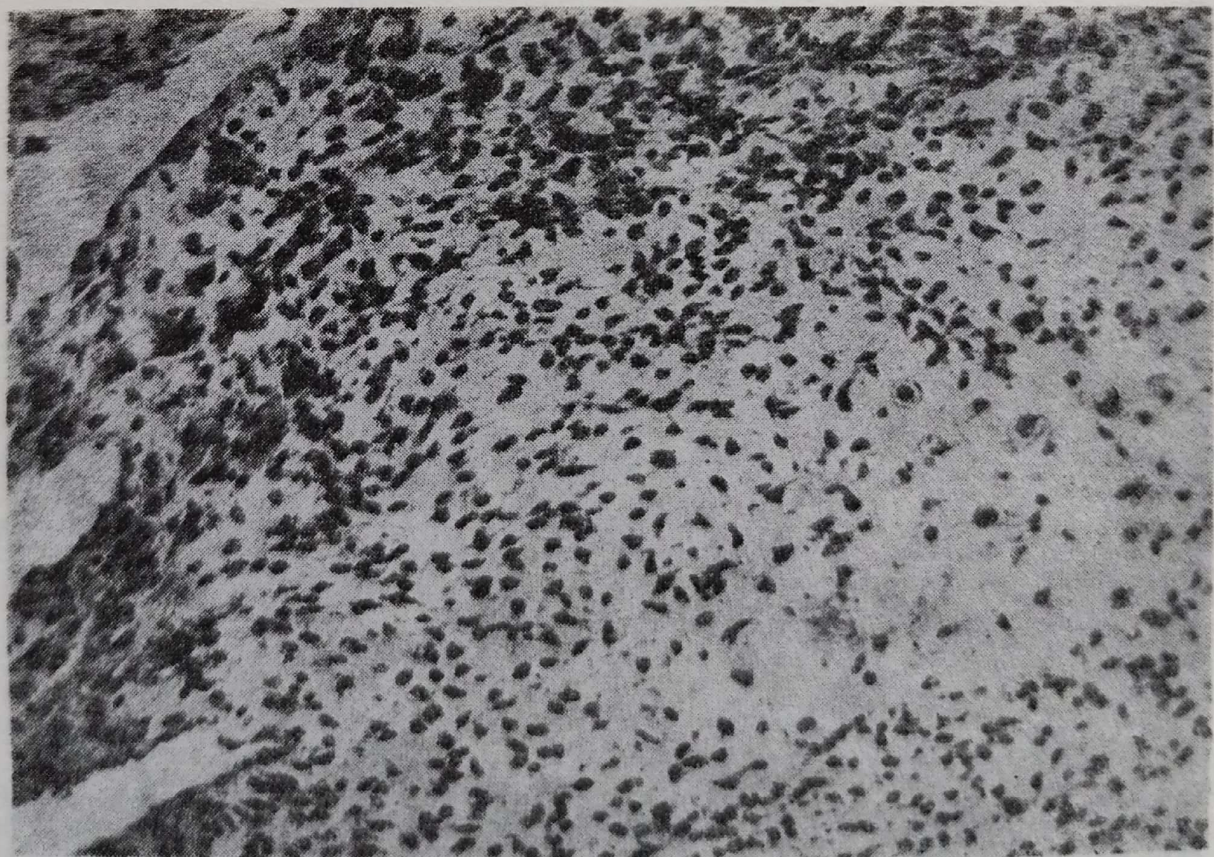


Fig. 186 — x 100, H. E. Condrosarcom

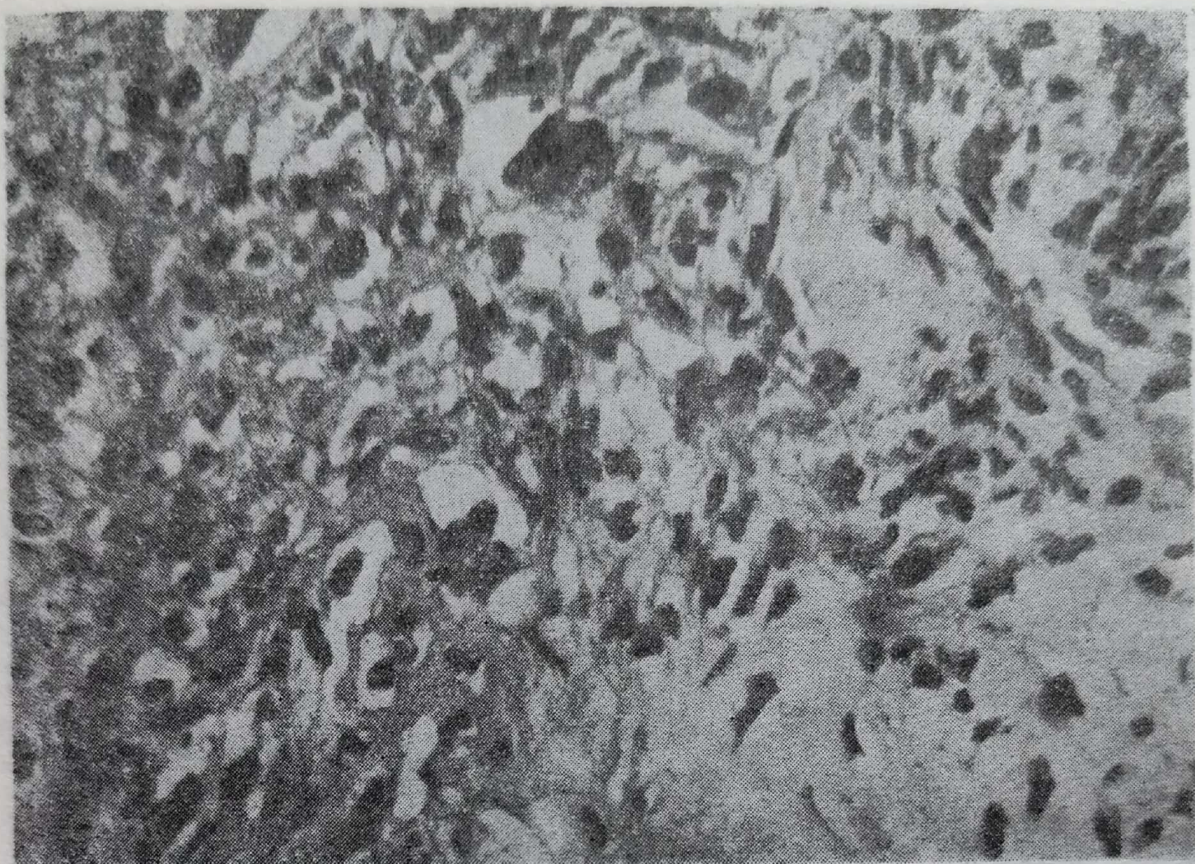


Fig. 187 - x 200, H. E. Condrosarcom

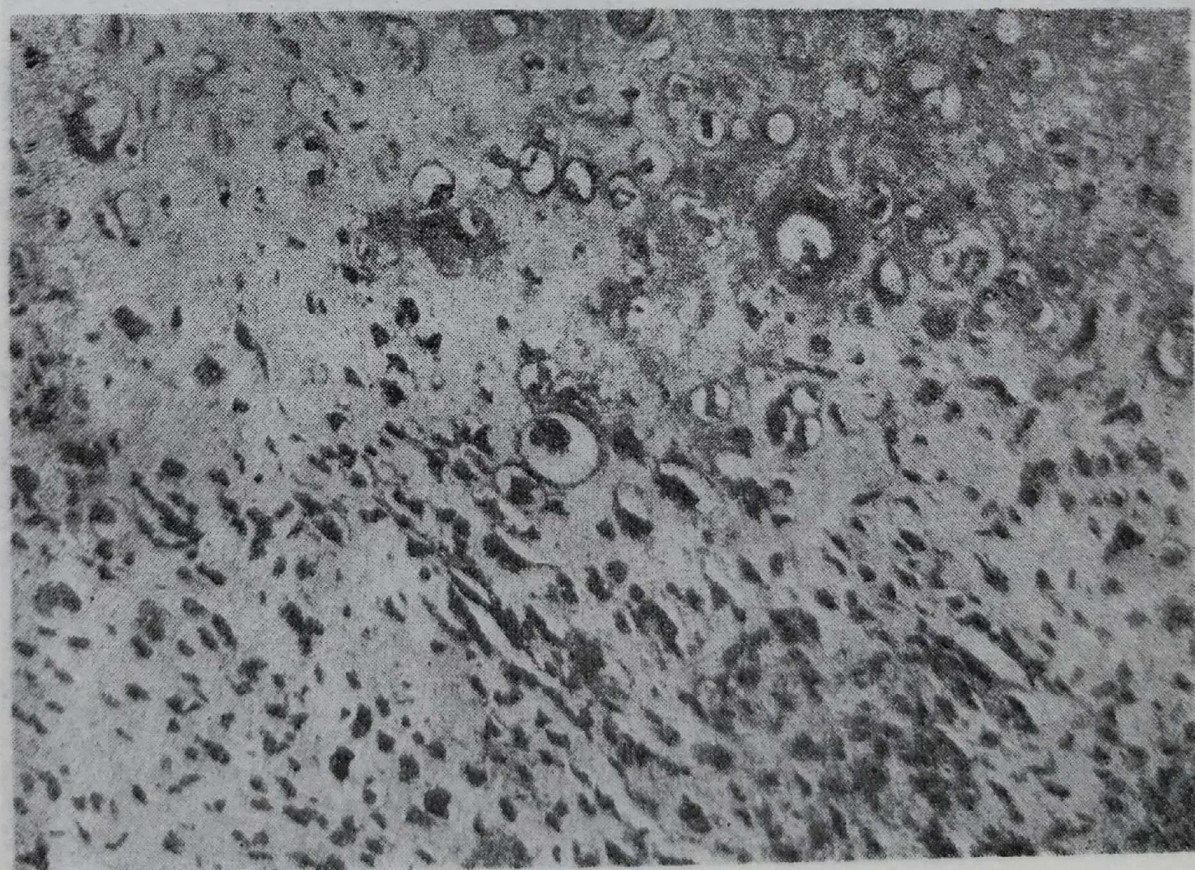


Fig. 188 - x 200, H. E. Condrosarcom

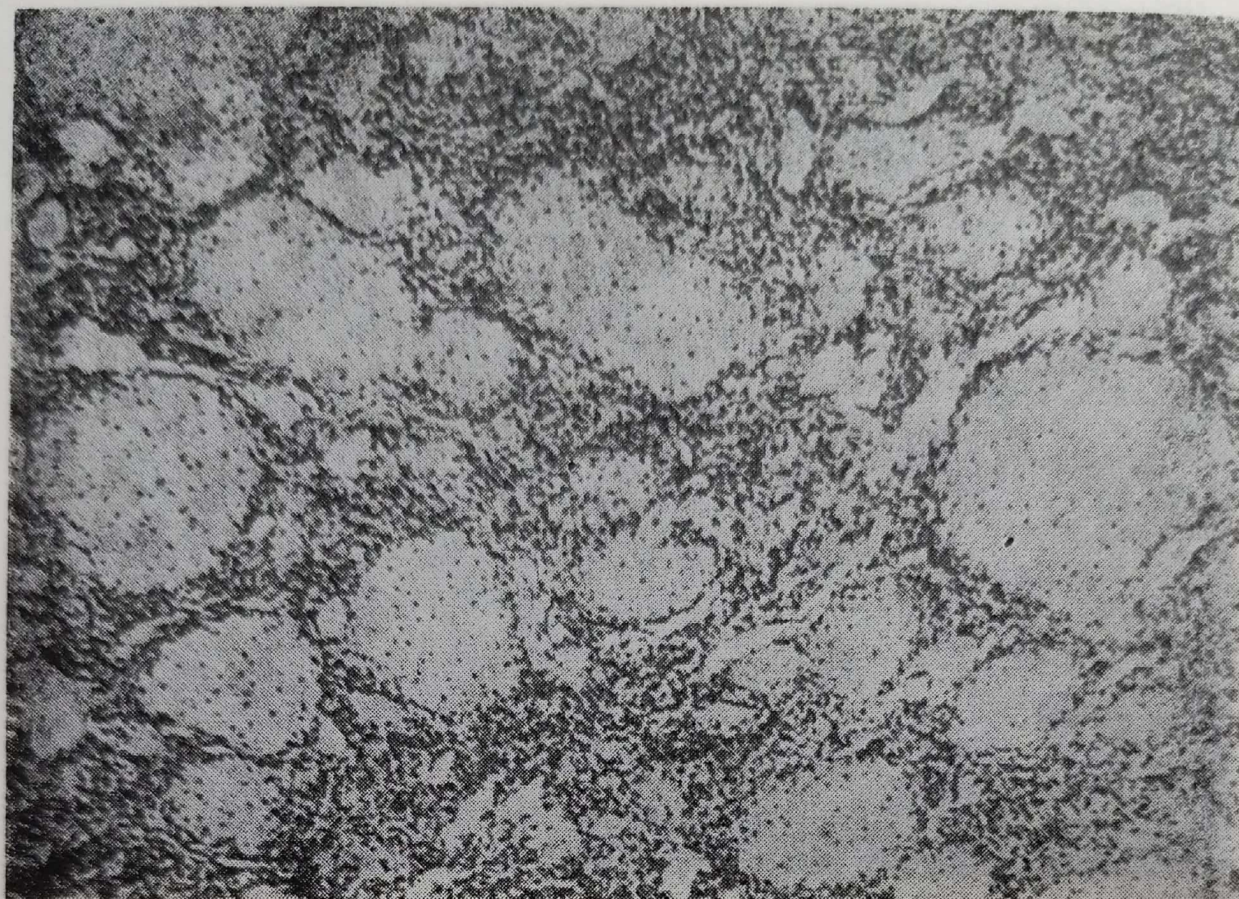


Fig. 189 – x 200, H. E. **Condrosarcom mezenchimal**

Fig. 190 – x 200, H. E. **Condrosarcom mezenchimal**



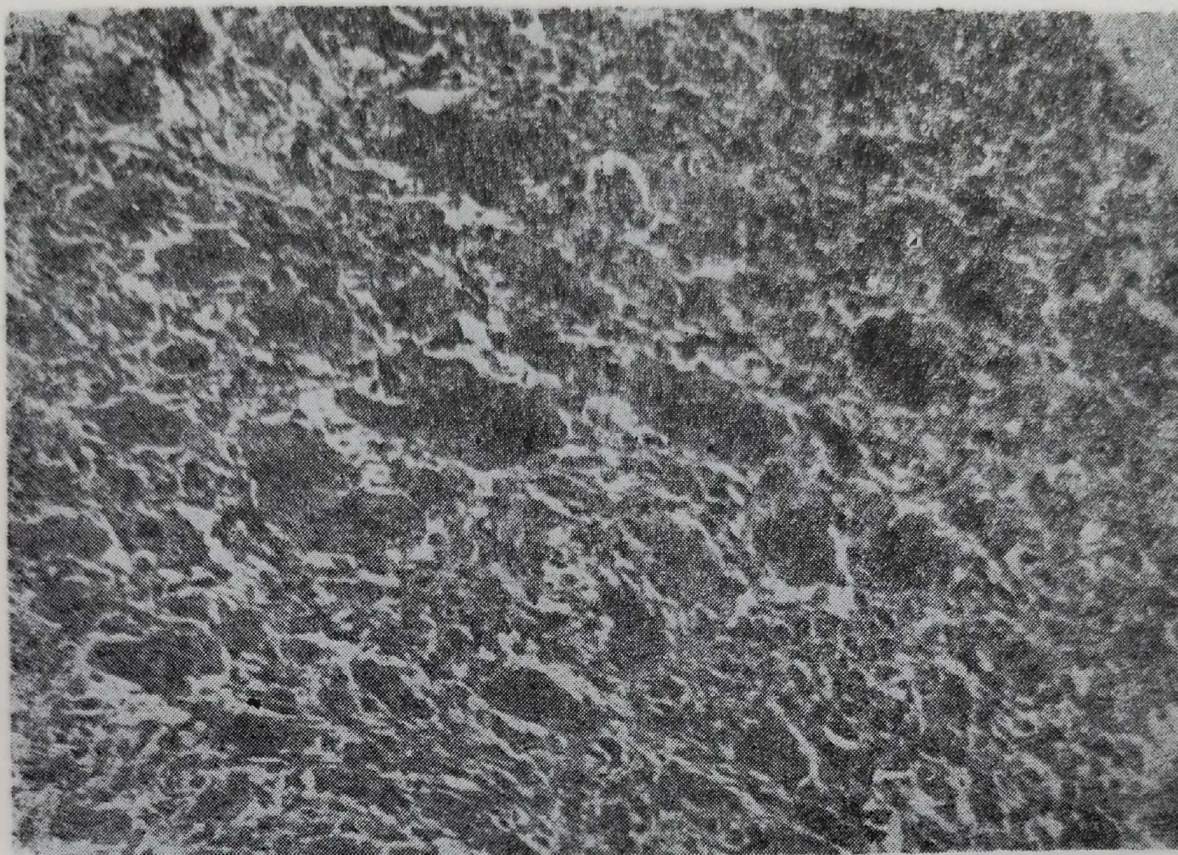
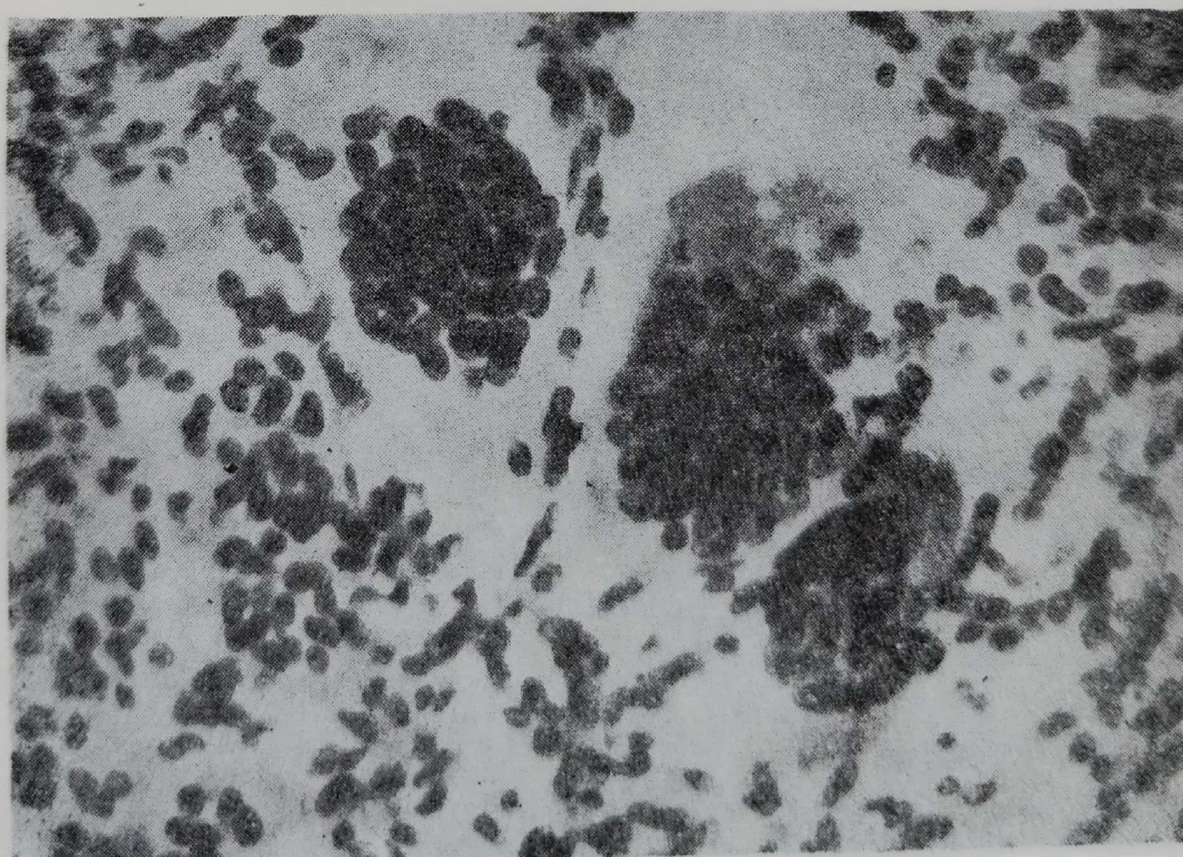


Fig. 191 – x 100, H. E. Tumoră cu celule gigante (Osteoclastom)

Fig. 192 – x 200, H. E. Tumoră cu celule gigante (Osteoclastom)



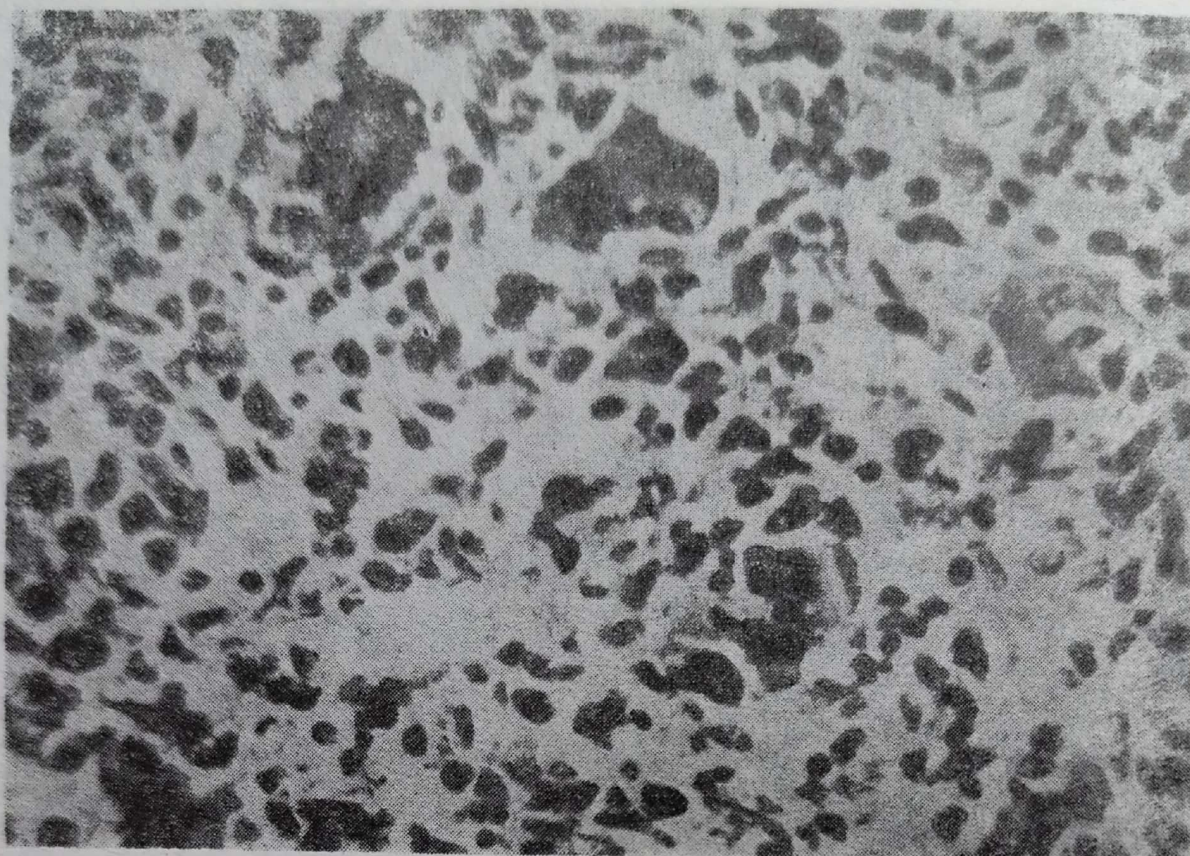


Fig. 193 - x 100, H. E. Sarcom cu mieloplaxe

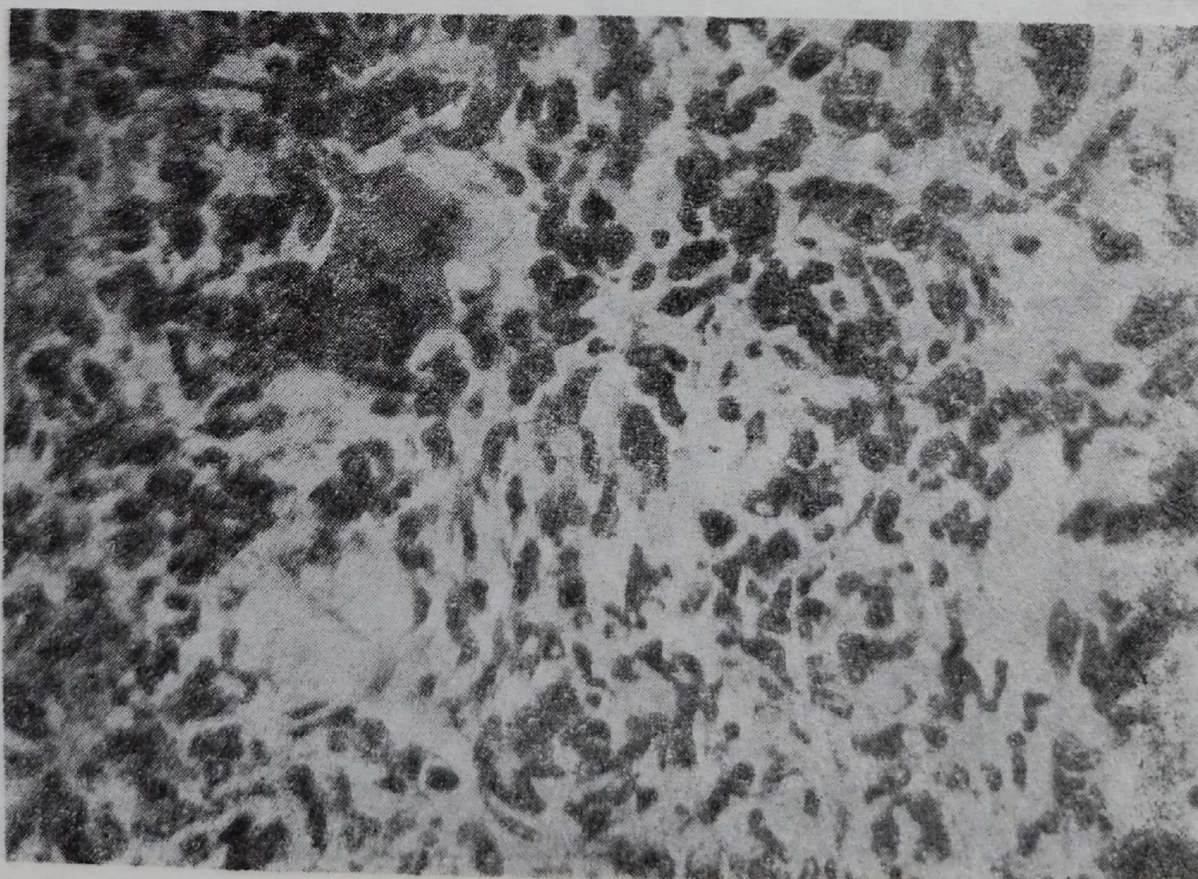


Fig. 194 - x 100, H. E. Sarcom cu mieloplaxe

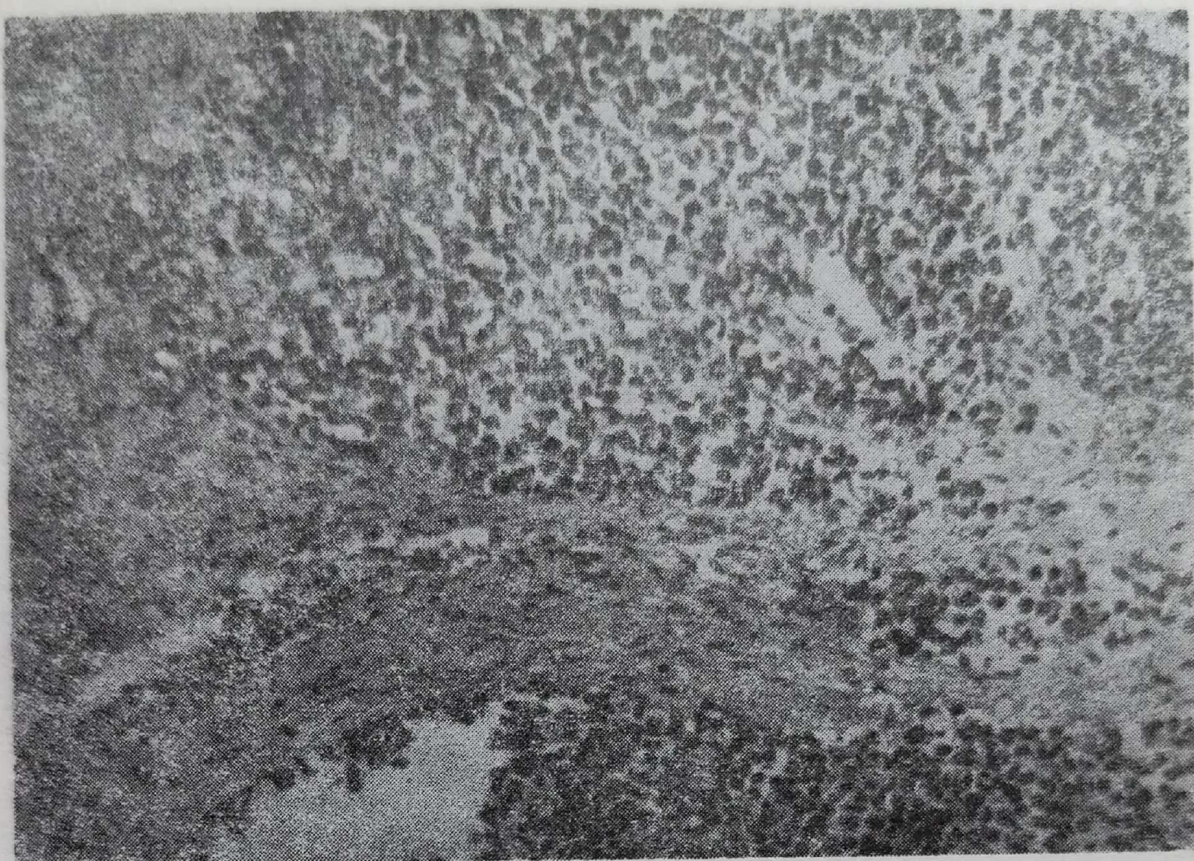
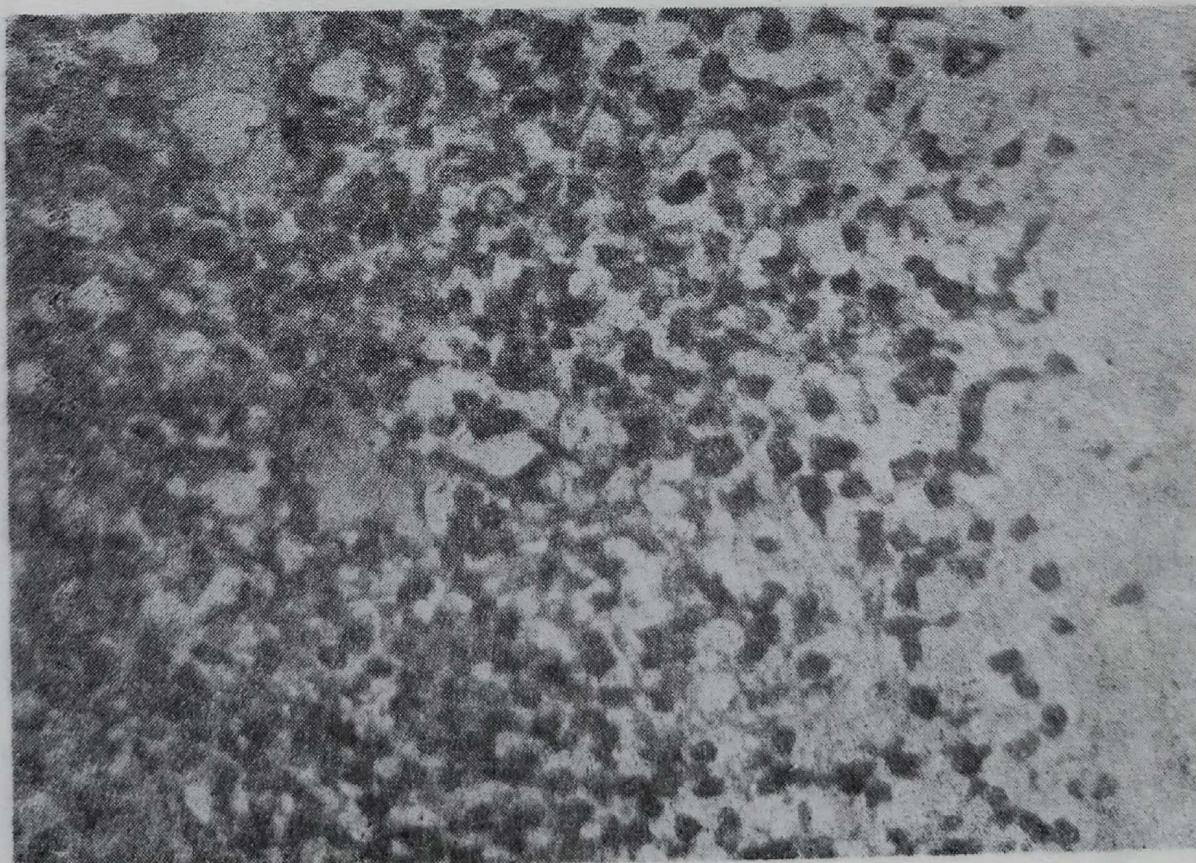


Fig. 195 — x 100, H. E. Sarcom Ewing

Fig. 196 — x 100, H. E. Sarcom Ewing



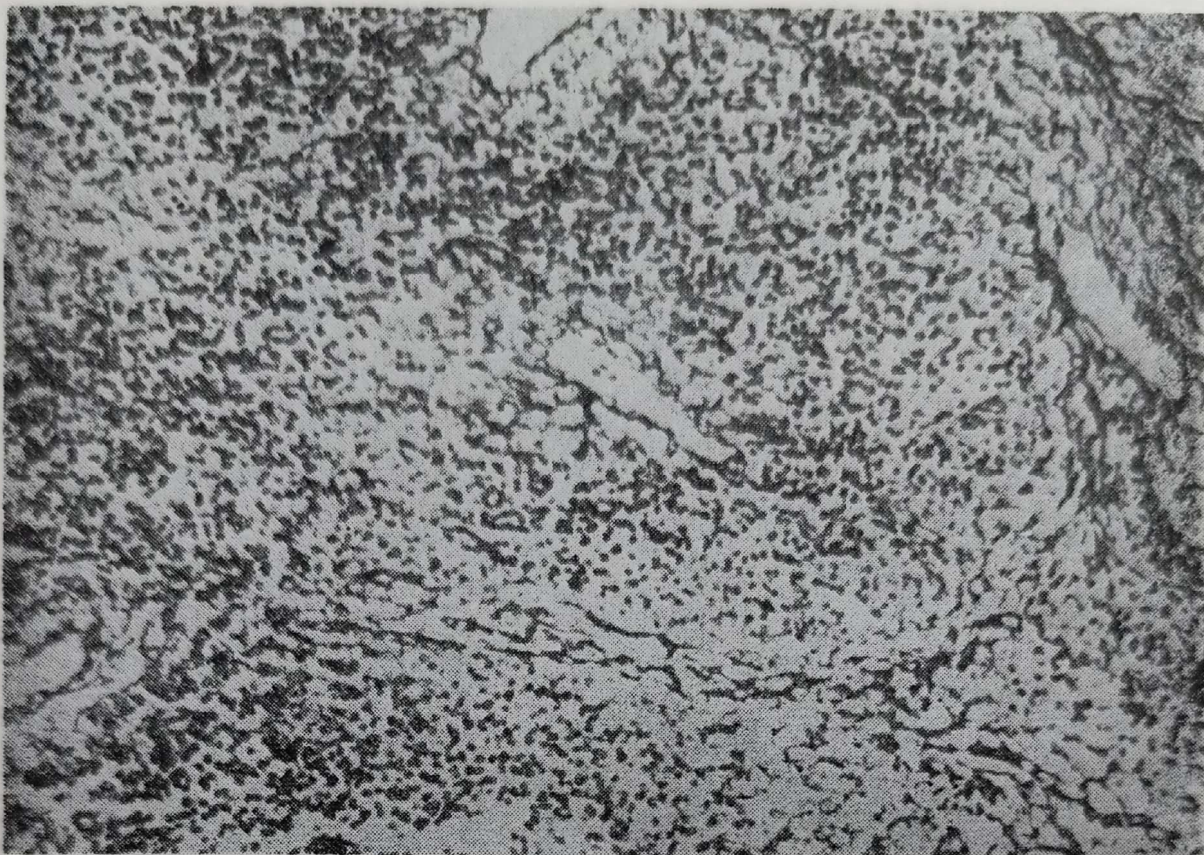
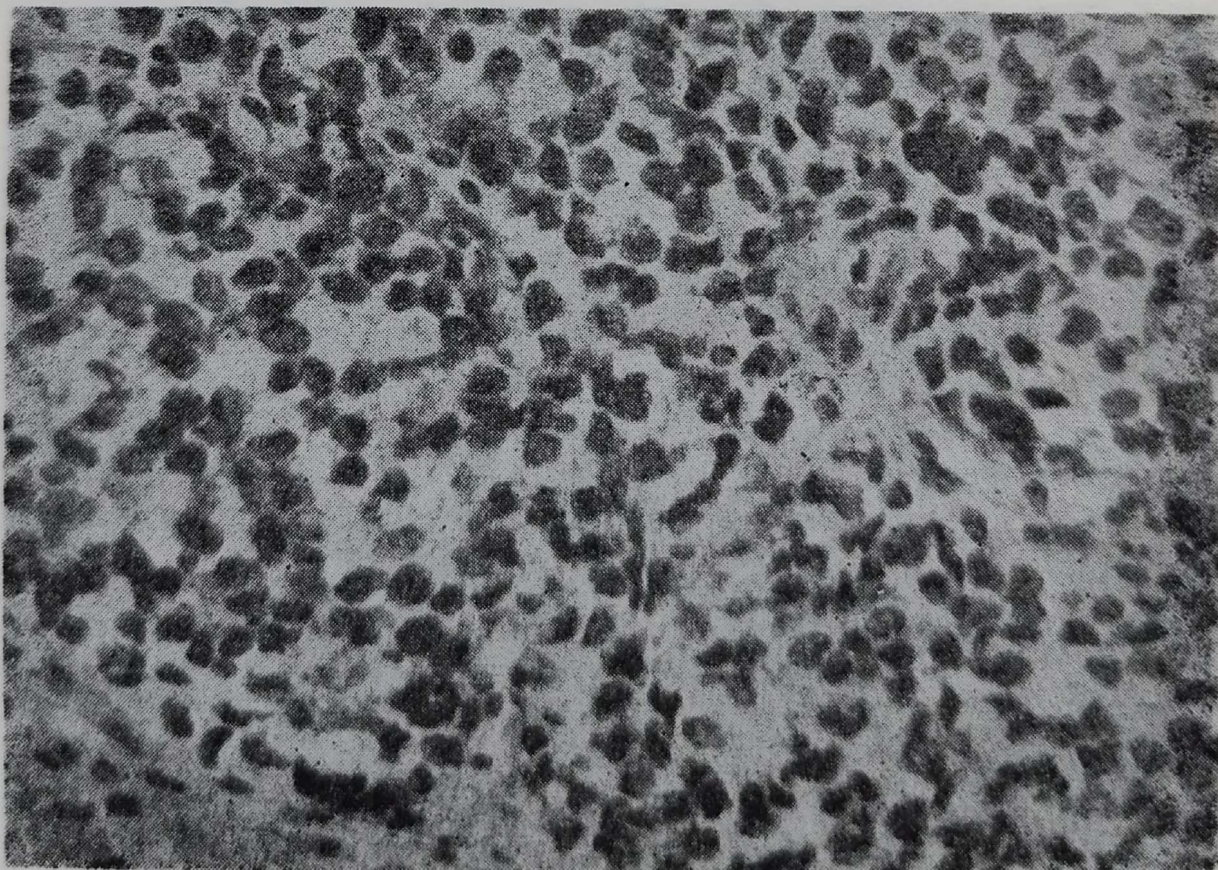


Fig. 197 – x 100, impregnație argentică Gömöri Sarcom Ewing

Fig. 198 – x 100, H. E. Reticulosarcom osos



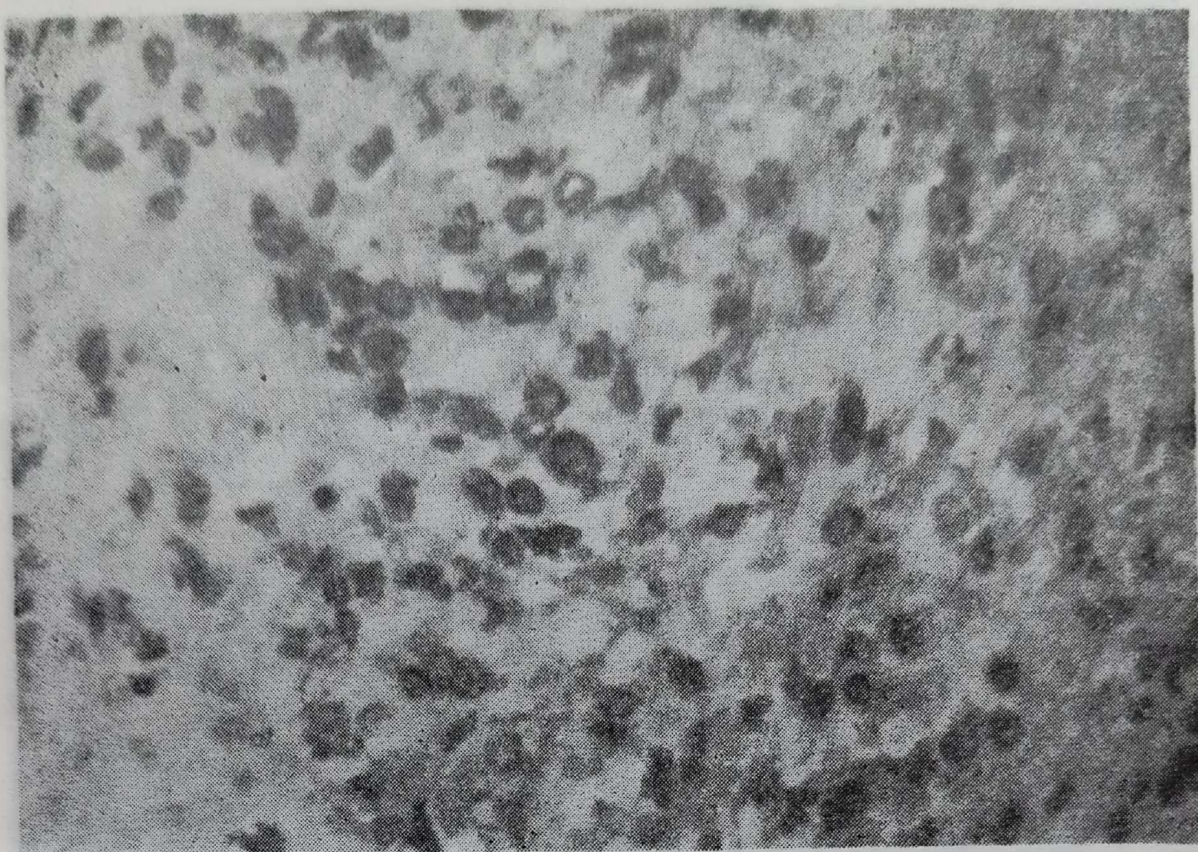
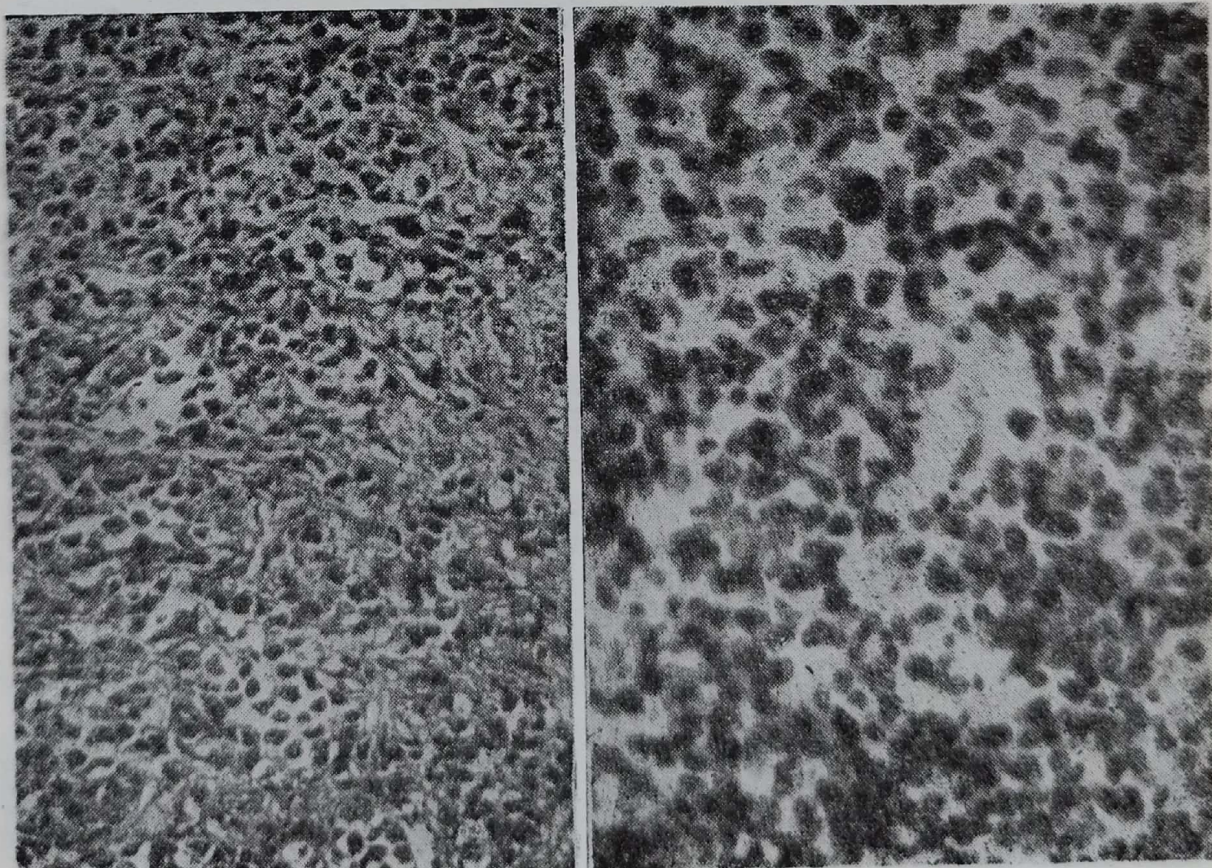


Fig. 199 — x 100, H. E. Reticulosarcoma osos

Fig. 200 — x 100, x 200, H. E. Mieloma plasmocitar



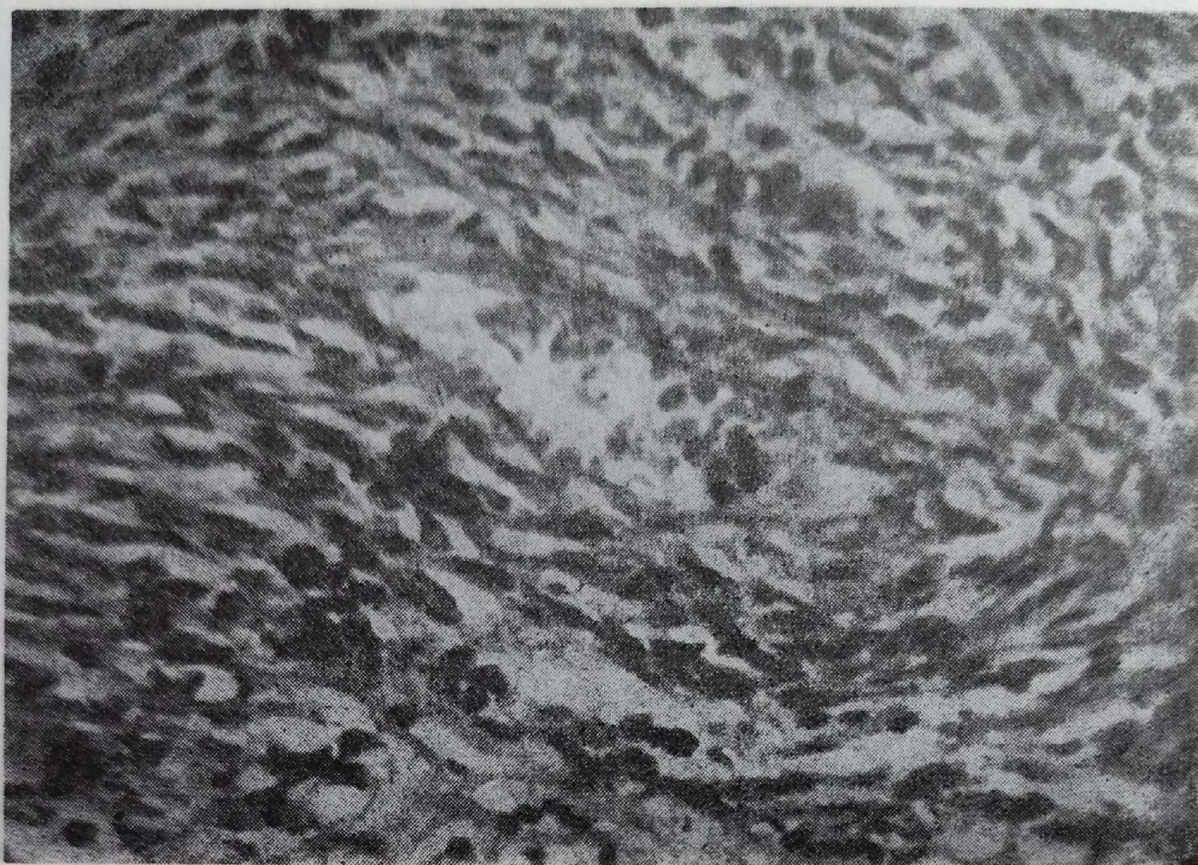
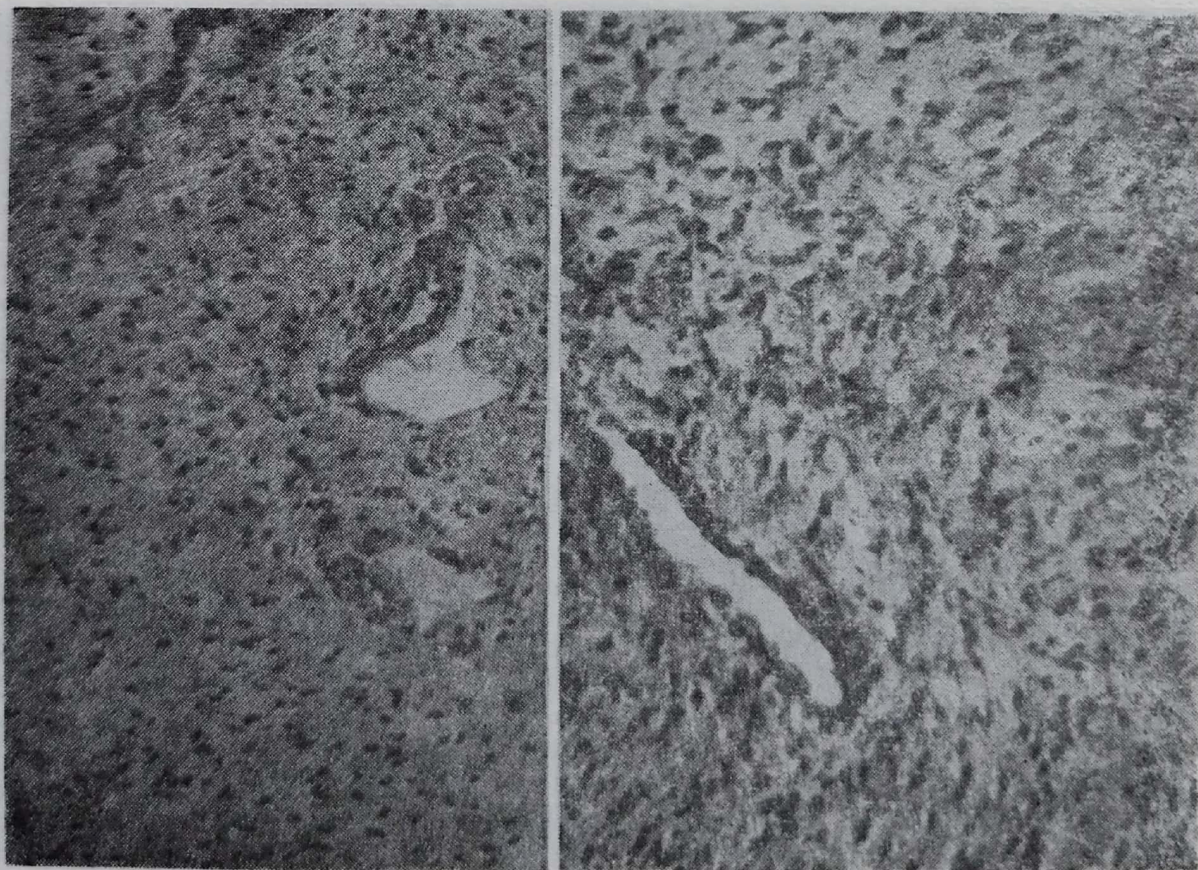


Fig. 201 — x 200, H. E. Hemangiopericytoma

Fig. 202 — x 100, H. E. Fibrom desmoid



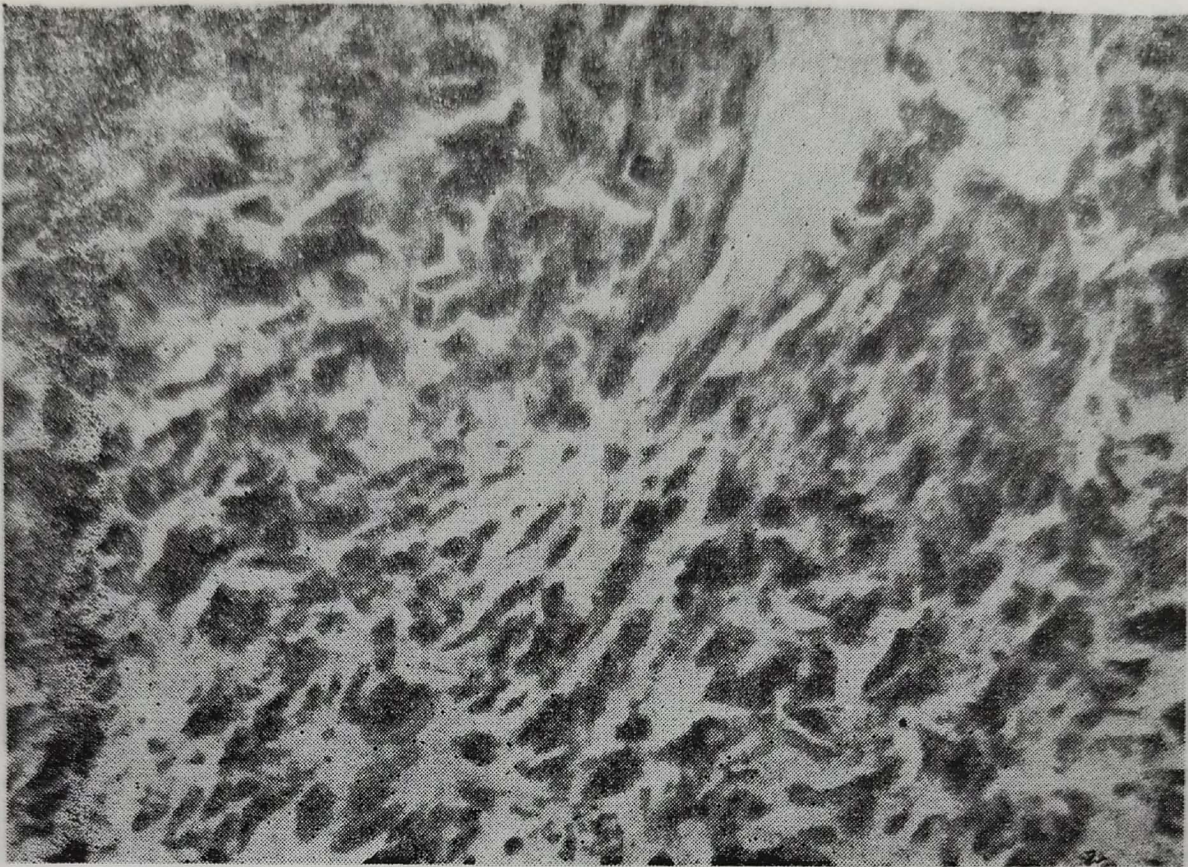
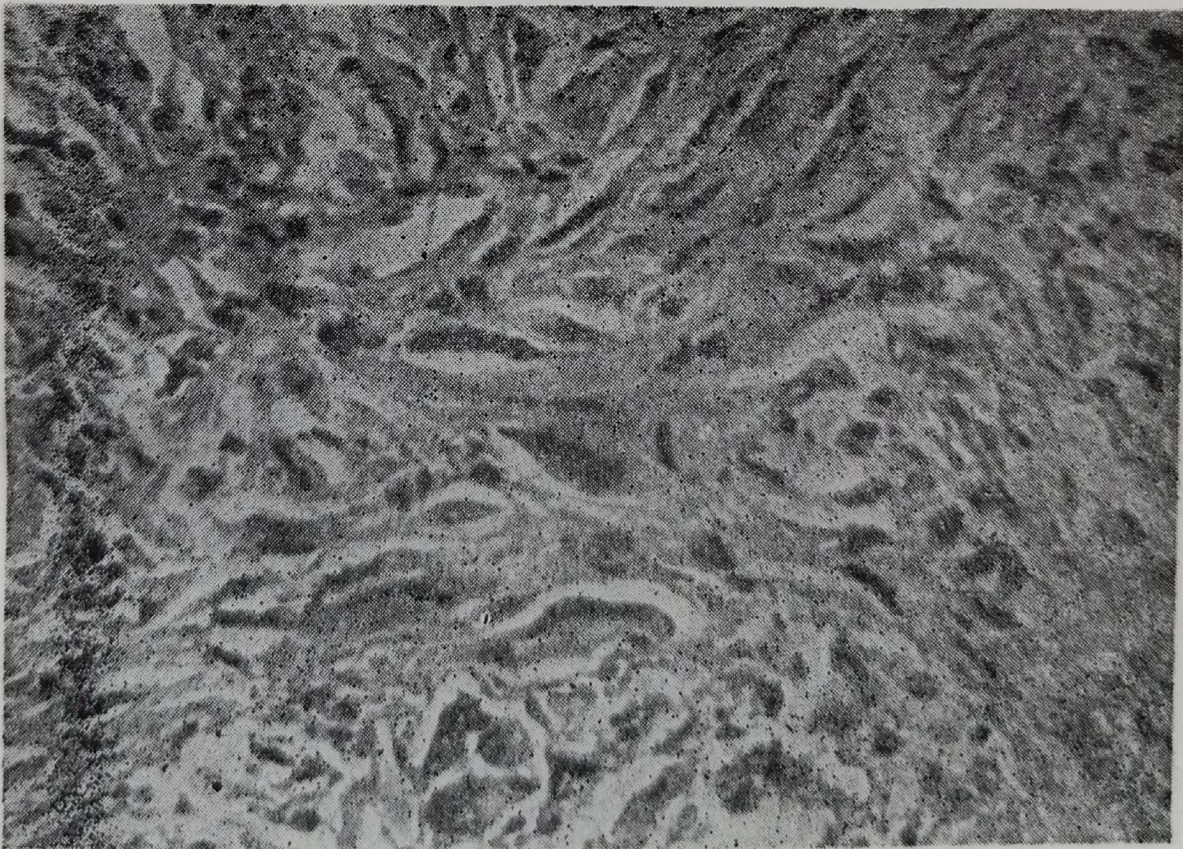


Fig. 203 x 200, H. E. **Fibrosarcom medular**

Fig. 204 — x 200, H. E. **Fibrosarcom medular**



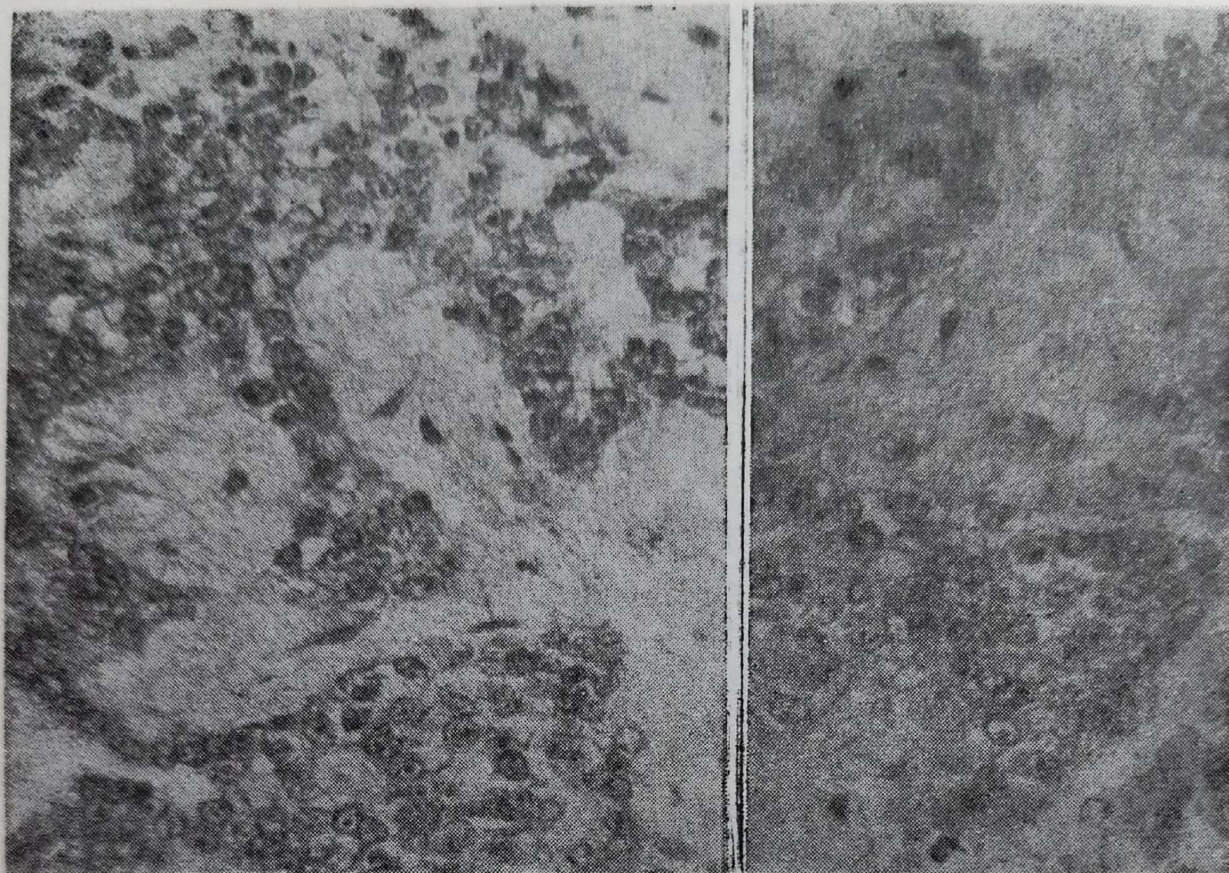


Fig. 205 – x 200, H. E. Cordom (colecția Dr. Savin, Spitalul de Pediatrie Iași)

Fig. 206 – x 200, H. E. Chist osos (perete fibros)

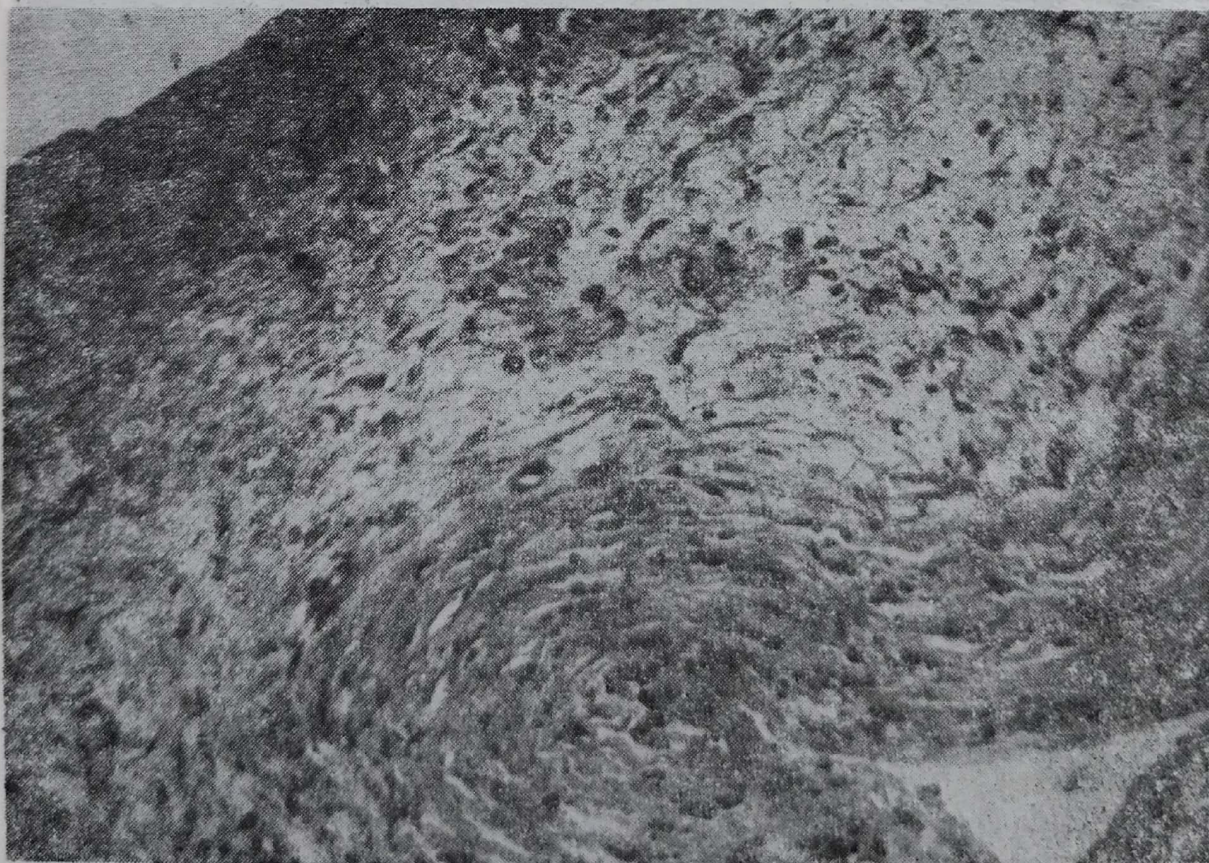
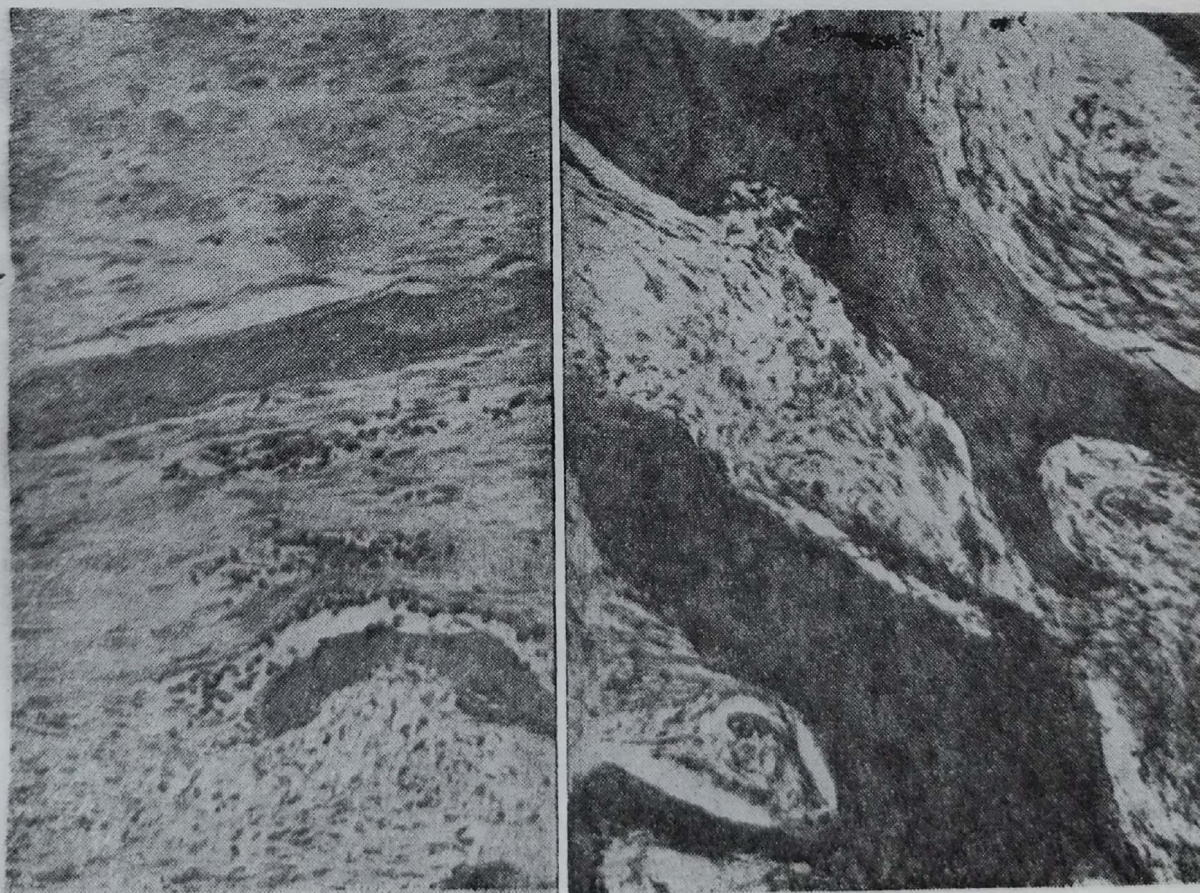




Fig. 207 – x 100, H. E. Granulom eozinofil

Fig. 208 – x 100, x 200, H. E. Displazie fibroasă a osului



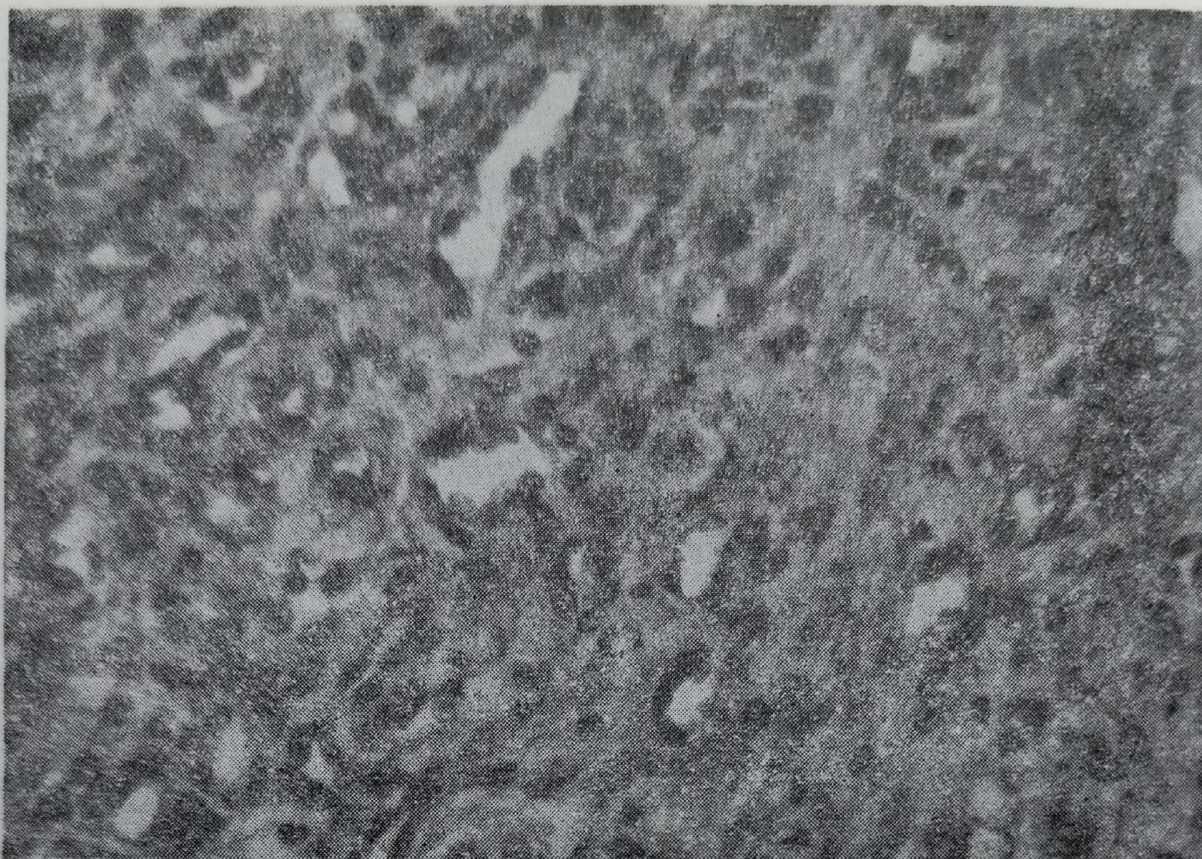
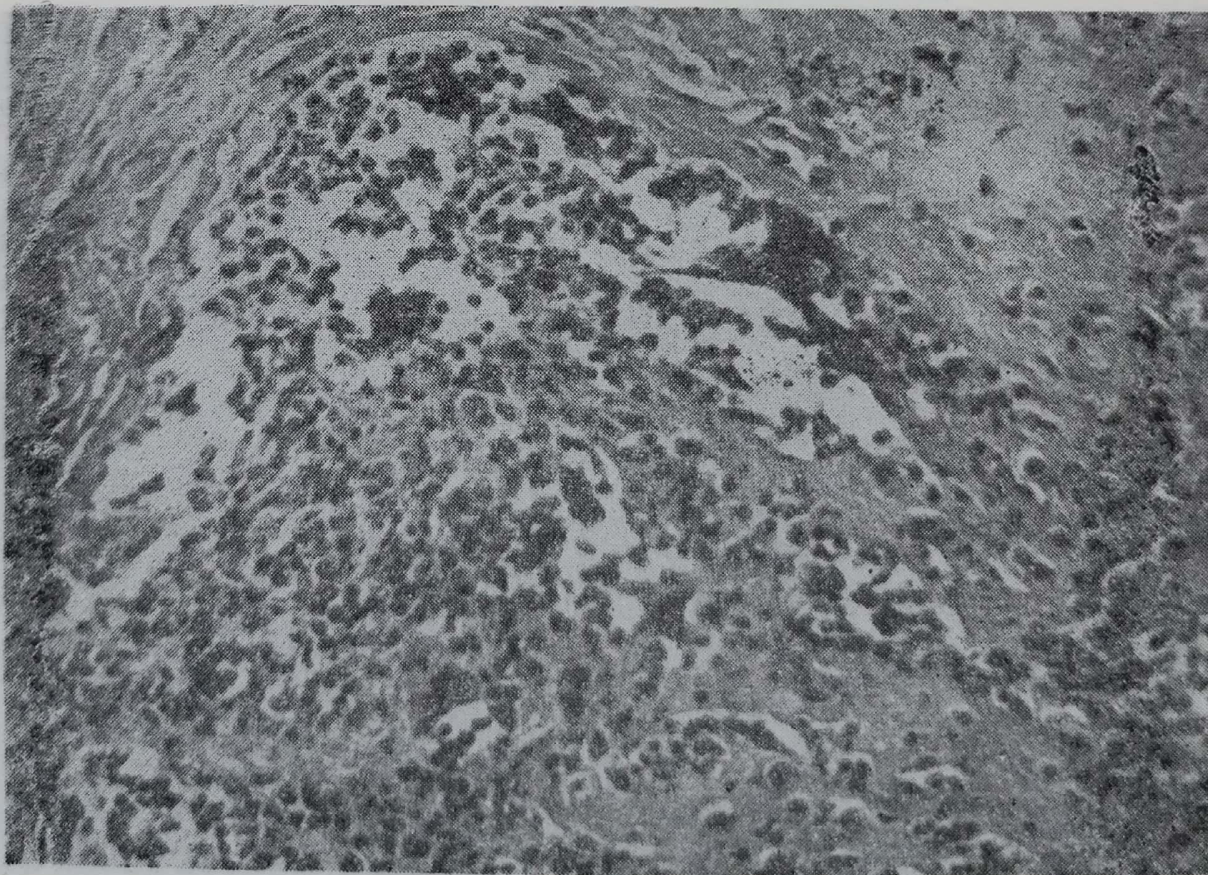


Fig. 209 – x 200, H. E. Sinoviom benign

Fig. 210 – x 100, H. E. Sinoviom benign (proliferare gigantocelulară)



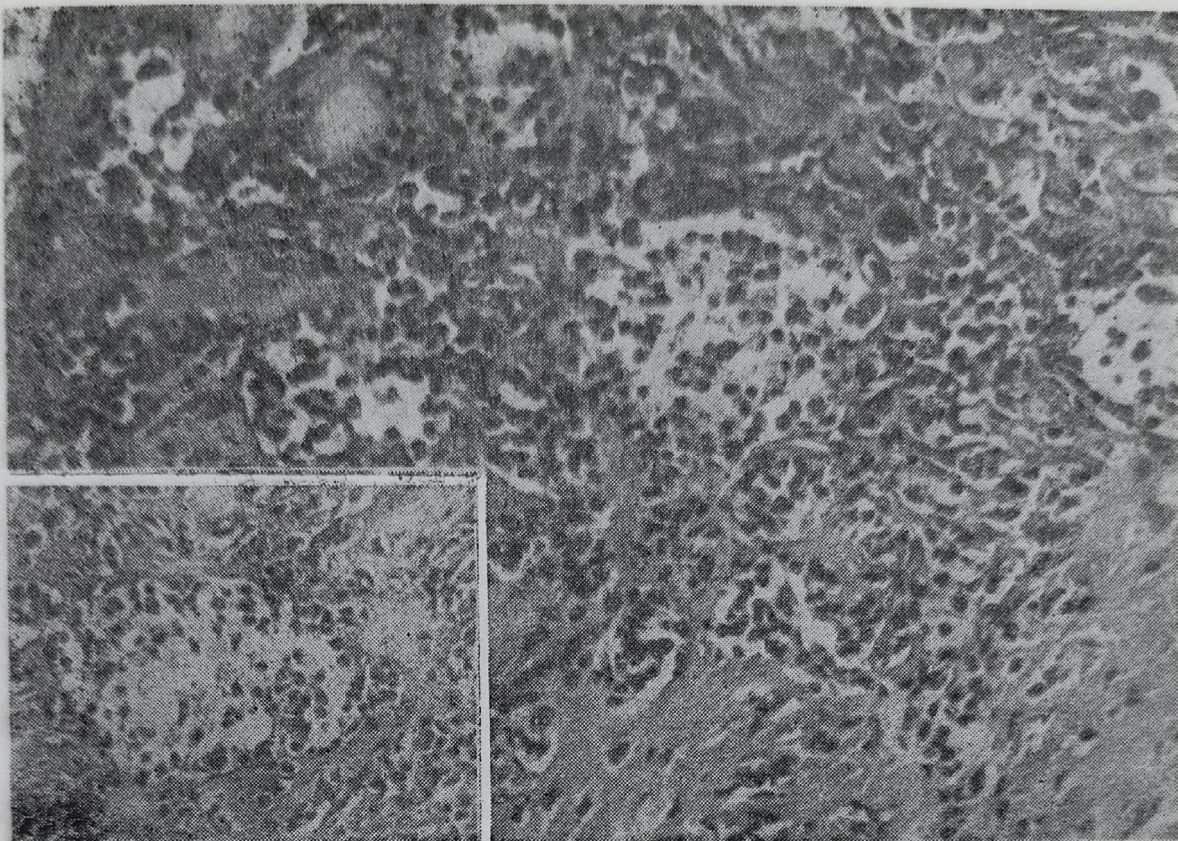
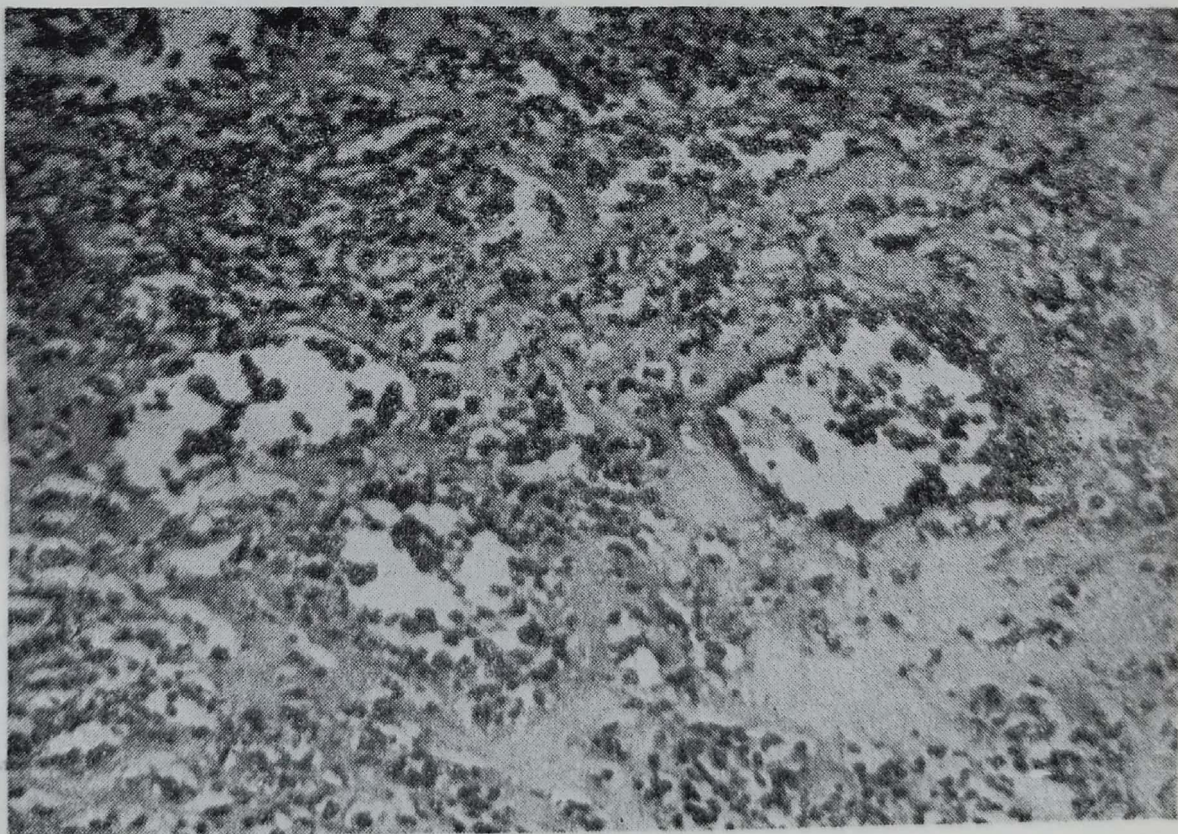


Fig. 211 — x 100, H. E. Sinoviom benign (celule xantice și gigante)

Fig. 212 — x 200, H. E. Sinoviom malign



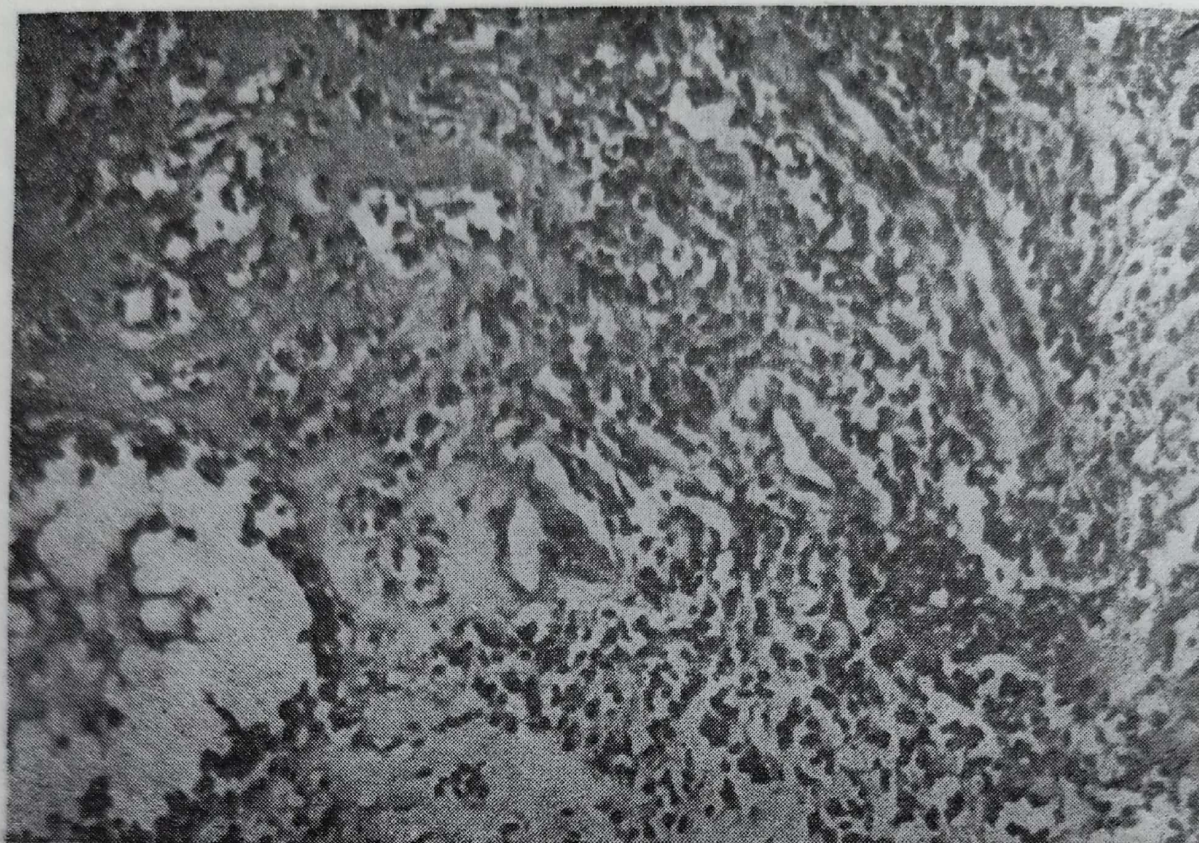
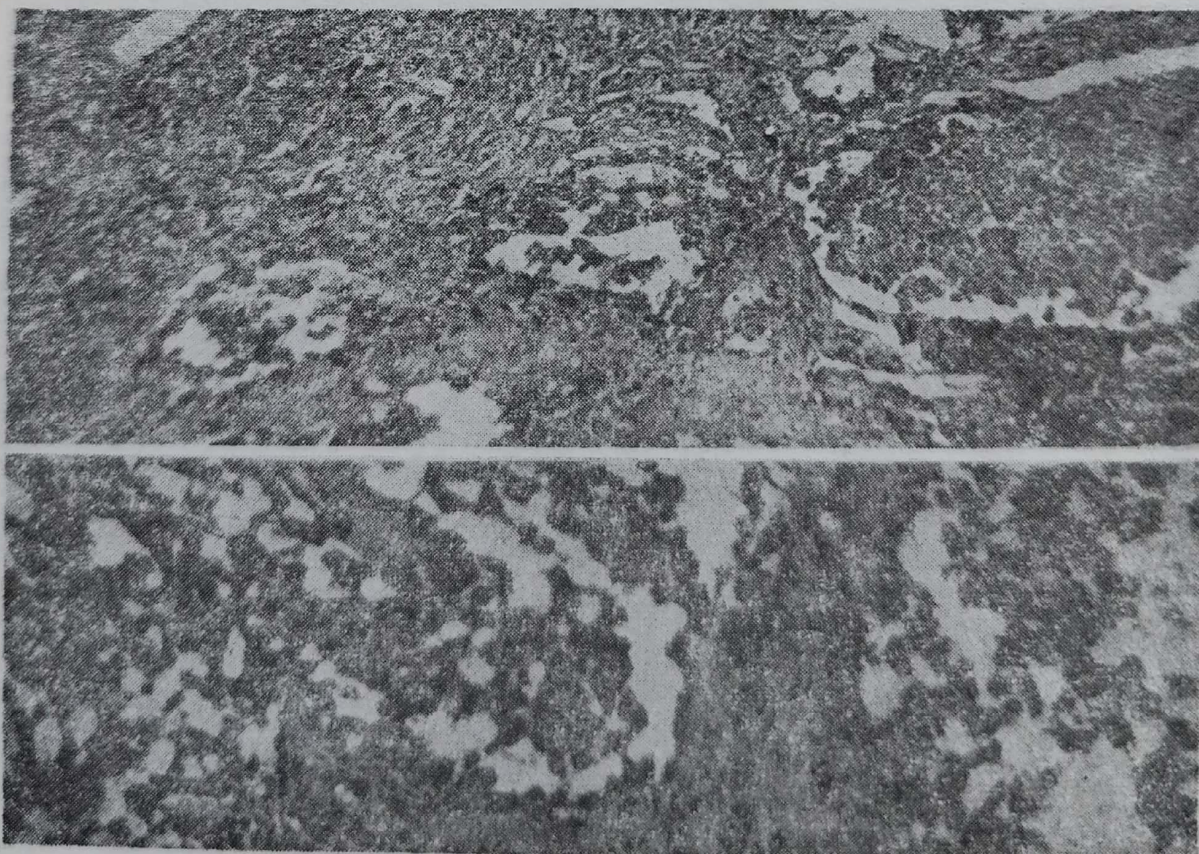


Fig. 213 - x 200, H. E. Sinoviom malign

Fig. 214 - x 100, x 200, H. E. Sinoviom malign (tufe celulare)



BIBLIOGRAFIE

Manualele utilizate pentru informații bibliografice

- ANDERSON D. W. — Pathology, Ed. Mosby, 1971.
- BLOCKUS H. L. — Gastroenterology, Ed. W. B. Saunders, 1965.
- BURGHELE TH. — Patologie chirurgicală, vol. VI, Ed. Medicală, 1972.
- CRĂCIUN E. C. — Morfopatologia aparatului cardio-vascular, Ed. Academiei R.P.R., 1959.
- CRENSHAW A. H. — Traité de Chirurgie Orthopédique, T. IV, Lib. Maloine, Paris, 1965.
- DELARUE J., LAUMONIER R. — Anatomie Pathologique, Ed. Medic. Flammarion, Paris, 1969.
- EVANS R. V. — Histological Appearances of Tumours, Ed. Livingstone, 1968.
- GEORGESCU L., MARIANA DIMITRIU — Morfopatologia aparatului renal, Ed. Academiei R.P.R., 1960.
- KISSANE J. M. — Pathology of infancy and childhood, Ed. Mosby, 1975.
- MAHAIM I. — Les tumeurs et les polypes du coeur, Ed. Masson, Paris, 1945.
- MASSON P. — Tumeurs humaines, Lib. Maloine, Paris, 1956.
- NASTA N., ESKENASY AL., NICOLESCU P., STOICA ELIZA — Tumorile bronhopulmonare, Ed. Academiei R.P.R., 1961.
- OLĂNESCU GH. — Tumorile vezicii urinare, Ed. Academiei R.S.R., 1971.
- RĂDULESCU A., BACIU CL. — Genunchiul, Ed. Acad. R.P.R., 1965.
- ROBBINS L. S. — Textbook of Pathology, Ed. Saunders, 1959.
- SCHIFF L. — Bolile ficatului, Ed. Medicală, București, 1966.
- STANCIU C. — Gastroenterologie practică, Ed. Junimea, Iași, 1976.
- TĂRABUȚA-CORDUN GEORGETA, CERNEA MARIETA — Endometrul, Ed. Junimea, Iași, 1976.
- TRUELOVE S. C., REGUEL C. C. — Diseases of the digestive system, Ed. Blackwell Scientific, 1972.
- WILLIS R. A. — Pathology of Tumours, Ed. Padova, 1972.
- ZOLLINGER H. N. — Abregé d'anatomie pathologique, T. II, Ed. Masson, 1971.

Referent științific :
Prof. dr. doc. AUGUSTIN MUREȘANU

Redactor : ELENA CHIRIAC
Tehnoredactor : MIHAI BUJDEI

Apărut 1979. Format 61×86/16. Coli tipo 20,50.
Bun de tipar la 7.VII.1979. Tiraj 7.550 exemplare
legate.
Editura JUNIMEA, str. Gheorghe Dimitrov, 1
IASI — ROMANIA



Tipărit sub comanda 5.290-1978
la Întreprinderea poligrafică
Bacău, str. Eliberării nr. 63.

152

Lucrarea aduce o listă completă a tuturor formelor tumorale, pe organe, cuprinzând date în legătură cu frecvența, sinonimele, succinte aspecte clinice, imagini macro și microscopice și indicații de prognostic.

Contribuție originală, atât prin sistematica fiecărui capitol cit și prin iconografia bogată și demonstrativă, selectată din histotecile autoarelor, cartea este utilă medicilor din diverse specialități, conducându-i la aplicarea unei terapeutici eficiente, în raport cu formele nosologice ale tumorilor prezentate.

Pentru medicii anatomo-patologi, lucrarea constituie un ghid practic în elaborarea diagnosticului histopatologic, prin numeroasele variante microscopice oferite, prin informațiile bibliografice la zi, prin clasificările operate.

Prof. dr. doc. AUGUSTIN MUREȘANU